

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Michaela Polišenská

Sestra a smrt pacienta

Nurse and patient's death

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce:

PhDr. Helena Chloubová

Praha, 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne 8. 11. 2011

Michaela Polišenská

Polišenská, Michaela. Sestra a smrt pacienta. *Nurse and patient's death*. Praha, 2011. 78 s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce: Phdr. Chloubová Helena.

Poděkování:

Ráda bych poděkovala PhDr. Heleně Chloubové za cenné rady, připomínky a odborné vedení mé bakalářské práce.

Také bych ráda poděkovala všem zdravotním sestrám z Fakultní nemocnice Motol za ochotné vyplnění dotazníku a všem, kteří mi jakýmkoliv způsobem pomohli při zpracování a realizaci mé bakalářské práce.

Abstrakt:

Michaela Polišenská: Sestra a smrt pacienta

Závěrečná bakalářská práce se zabývá problematikou postoje sester k umírání a smrti na interních a chirurgických pracovištích.

V teoretické části je nejprve uveden přehled historických rituálů a postojů k umírání a smrti z pohledu různých náboženství až po současnost. Dále jsou uvedeny aktuální dostupné statistické údaje z ČR o příčinách smrti a místech umírání. V práci jsou charakterizovány základní pojmy, fáze umírání a modely umírání. V závěru teoretické části je nastíněna problematika umírání v nemocnici a problémy které souvisí s péčí sestry o umírající.

V praktické části práce zjišťuji základní problém porovnání psychické zátěže u sester na interních a chirurgických pracovištích. Metodou dotazníkového šetření zjišťuji u 86 respondentů z obou pracovišť porovnání psychické zátěže sester na chirurgických a interních pracovištích, s kým a kde ventilují psychickou tenzi, zda mají dostatečnou možnost vzdělávat se v oblasti umírání a smrti a jejich návrhy na zlepšení péče s umírajícím pacientem.

V závěru praktické části práce jsou vyhodnoceny jednotlivé hypotézy a vypracovány doporučená opatření pro praxi.

Klíčová slova: Umírání, smrt, fáze umírání, dystanázie, eutanásie, současná problematika umírání v nemocnicích, paliativní péče, standardy ošetrovatelské péče.

Abstract:

Michael Polišínská: Nurse and patient's death

Final thesis deals with the attitudes of nurses to dying and death on the internal and surgical departments.

In the theoretical section first provides an overview of historical rituals and attitudes towards death and dying from the perspective of different religions to the present. The following are the current available statistical data on causes of death in the Czech Republic and places dying. The work is characterized by basic concepts, stages of dying and death models. At the end of the theoretical issues outlined in the hospital dying and issues related to sisters care for the dying.

In the practical part of the work I find the basic problem of mental stress compared with nurses in internal and surgical departments. The method of survey respondents found in 86 departments from both mental stress compared to surgical nurses and internal departments, with whom and where the vent mental tension, whether they have adequate opportunity to learn in the field of dying and death and their suggestions for improving the care of dying patients.

At the end of the practical work of the various hypotheses are evaluated and recommended measures developed for the practice.

Keywords: Dying, death, dying phase, dystanazie, euthanasia, the current issue of dying in hospitals, palliative care, nursing care standards.

Obsah

| | |
|---|-----------|
| TEORETICKÁ ČÁST | 8 |
| ÚVOD | 8 |
| 1 UMÍRÁNÍ A SMRT V MINULOSTI A SOUČASNOSTI | 9 |
| 1.1 HISTORIE UMÍRÁNÍ A SMRTI | 9 |
| 1.2 UMÍRÁNÍ A SMRT V SOUČASNOSTI | 11 |
| 1.2.1 <i>Statistické údaje v České republice</i> | 11 |
| 2 PROBLEMATIKA UMÍRÁNÍ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ | 14 |
| 2.1 TEORIE UMÍRÁNÍ, JEDNOTLIVÉ FÁZE | 14 |
| 2.1.1 <i>Šok</i> | 15 |
| 2.1.2 <i>Fáze zloby, vzteku, agrese</i> | 15 |
| 2.1.3 <i>Fáze smlouvání</i> | 16 |
| 2.1.4 <i>Fáze deprese</i> | 16 |
| 2.1.5 <i>Fáze smíření nebo rezignace</i> | 16 |
| 2.2 DOMÁCÍ MODEL UMÍRÁNÍ | 17 |
| 2.3 INSTITUCIONÁLNÍ MODEL UMÍRÁNÍ | 18 |
| 2.3.1 <i>Umírání a smrt na JIP a ARO</i> | 19 |
| 2.3.2 <i>Dystanázie, neboli zadržaná smrt</i> | 20 |
| 2.3.3 <i>Eutanázie</i> | 21 |
| 2.3.4 <i>Paliativní péče</i> | 23 |
| 2.4 SESTRA A UMÍRAJÍCÍ | 26 |
| 2.4.1 <i>Postoje sester k umírání a smrti</i> | 26 |
| 2.4.2 <i>Problémy komunikace sestry s umírajícím a jeho rodinou</i> | 27 |
| 2.4.3 <i>Rozdíly v péči o nemocné na chirurgickém a interním oddělení</i> | 28 |
| 2.4.4 <i>Současné standardy ošetrovatelské péče</i> | 30 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | 31 |
| 3 PRŮZKUM | 31 |
| 3.1 NÁMĚT A PRŮZKUMNÝ PROBLÉM | 31 |
| 3.2 CÍLE A HYPOTÉZY | 31 |
| 3.2.1 <i>Dílčí cíl č. 1</i> | 31 |
| 3.2.2 <i>Dílčí cíl č. 2</i> | 31 |
| 3.2.3 <i>Dílčí cíl č. 3</i> | 32 |

| | | |
|-------|-------------------------------------|----|
| 3.3 | METODY A TECHNIKY PRŮZKUMU | 32 |
| 3.4 | PŘEDMĚT PRŮZKUMU | 32 |
| 3.4.1 | <i>Pilotní šetření</i> | 32 |
| 3.5 | CHARAKTERISTIKA SOUBORU RESPONDENTŮ | 33 |
| 3.6 | ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ | 34 |
| 3.7 | VÝSLEDKY VÝZKUMU - DISKUSE | 52 |
| 3.8 | NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ | 55 |
| 3.9 | ZÁVĚR | 56 |
| 3.10 | SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ | 57 |
| 3.11 | SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK | 59 |
| 3.12 | PŘÍLOHY | 59 |

Teoretická část

Úvod

„To jediné co opravdu máme, je současná chvíle, nyní“

/Tibetská kniha o životě a smrti, Sogjal Rinpoče /

Přijmout smrt jako nevyhnutelnost lidského života je velmi obtížný úkol, v nezávislosti na náboženskou víru i životní filozofii každého jedince. Lidé si často kladou otázky spojené se smrtí a umíráním: Kdy smrt přijde? Jaká bude? Zda to bude bolet? Jaké budou poslední chvíle? Na tyto otázky je velmi těžké najít správnou odpověď, protože smrt je univerzální a individuální.

Pouze pohled do historie ukazuje zřetelný rozdíl v postojích přijímání smrti. V dávné minulosti byla smrt chápána jako něco přirozeného blízkého. Bylo samozřejmostí, že lidé umírali doma v blízkém kruhu svých nejbližších. S vysokým rozvojem medicínské vědy se ovšem obraz umírání výrazně změnil. Umírání a smrt se v moderní době stala aktem viditelným většinou v nemocnici či odborných institucích. Tyto možnosti mají samozřejmě svůj přínos, ovšem znamenají i řadu negativních problémů.

V dnešní moderní době je téma smrt velmi tabuizované a lidé se tomuto tématu ve strachu vyhýbají. Zdravotní sestra, která se s nemocnými každodenně setkává, by měla být připravena na fakt smrti jak psychicky tak fyzicky a předcházet tím psychickému a fyzickému vyčerpání. Její individuální postoj ke každému nemocnému, by měl pacienta připravit na nezvratnost umírání.

Tuto problematiku jsem si vybrala z důvodu vlastního zájmu o téma umírání a smrt ve snaze přiblížit ji případným čtenářům. Jelikož se sama u lůžka nemocného s úmrtím setkávám poměrně často, byl můj zájem zaměřen na postoje ostatních sester k umírání a smrti. K porovnání psychické zátěže sester, jsem zvolila interní a chirurgické pracoviště z důvodu předpokládané rozdílnosti ošetrovatelské péče a četnosti výskytu úmrtí.

1 Umírání a smrt v minulosti a současnosti

„Každému, kdo se zrodí, je do vínku dána také smrt. Život člověka je podmíněn smrtí a smrt je podmínkou života. Každý živý tvor je podřízen biologickým zákonitostem, ze kterých se nelze vymanit, které nelze popřít a nad kterými nelze zvítězit. Jediné, co může člověk udělat, je, že bude respektovat svoji konečnost a z tohoto prostého faktu vyvodí také závěry pro svůj konkrétní život. Nikdo nemá dost času, protože každý má jen limitovaný čas.“ (RINPOČHE, 1996 s. 13)

1.1 Historie umírání a smrti

V minulosti byla smrt chápána jako předěl mezi životem pozemským, který byl těžký, a mezi životem věčným - rajským. Smrt je univerzální, ale přesto je to něco cizího a zůstává objektem fascinace a strachu.

Smrt je něčím konstantním v lidské existenci, přesto neexistuje žádná shoda o tom, co smrt představuje a co vlastně znamená. Po staletí byly v lidských společnostech vytvářeny vlastní způsoby a rituály spojené se smrtí. Avšak ani moment smrti nebyl v různých kulturách stanoven. (KERRIGAN, 2008 s. 7-8)

Každá kultura měla od nepaměti své náboženství a s tím spojený kult uctívání smrti. Různá období lidské existence byla formována jinými požadavky, podle společenských a ekonomických podmínek.

Nejstarší formou pohřbu v době evoluce člověka je pohřbívání mrtvých do země. Úcty zemřelým se dostávalo jen v určitých případech a mrtví byli často pohřbíváni náhodně.

S vývojem vyspělejších civilizací se postoje k umírání a smrti mění. Ve starém Egyptě se pohledy na život a smrt v sobě navzájem prolínaly a posilovaly. Egypťané přikládali smrti obrovskou důležitost a pili. Věřili v posmrtný život a v blahodárný Nil. (KERRIGAN, 2008 s. 43-48)

V předdynastických časech, v době kdy zemi nevládl faraon, byli lidé pohřbíváni do země ve skrčené poloze podobné plodu, která jim měla pomoci ke znovuzrození. Později ve Staré říši byli mrtví pohřbíváni do hrobů v poloze s nataženými končetinami a s tváří nastavenou směrem k východu tak, aby mohli pozdravit vycházející slunce. Postupem času kult slunce ztratil svou sílu a stupňovité pyramidy nahradily stavby s hladkými stěnami sahajícími vysoko k nebi obklopeny rozsáhlým komplexem bohatých chrámů a cest. Tyto mohutné stavby, zvané

pyramidy, byly vybudovány jako hrobky pro přechod do posmrtného života. Egypťan pomýšlel více na život po smrti, než na život na zemi. (KERRIGAN, 2008 s. 47-49)

Své rituály a postoje k umírání a smrti měli i staří Řekové. Řecká mytologie obsahuje některé z nejbarvitějších příběhů západní kultury. Obávali se toho, že se ztrátou života přijdou o jeho radosti a slasti. Naopak věčný život viděli ve slávě, takže pro ně bylo ctí zemřít v boji, nejlépe pro blaho obce. Řekové brali smrt vážně, ovšem svědectví spíše dokazuje, že řecký lid měl ze smrti strach. Řecká klasická mytologie je poněkud extravagantní. Je obtížné rozpoznat, co ve své době pro společnost vlastně znamenala, zda Řekové věřili ve své bohy, jako například Budhisté věřili ve svého stvořitele Budhu. (KERRIGAN, 2008 s. 56-57)

V buddhistickém náboženství pohlíží na smrt jako na normální proces, na realitu a skutečný zážitek smrti je pro ně velice důležitý. Přípravou na vlastní smrt procházejí již od útlého věku v podobě meditací či duchovních cvičení a seznamováním se s procesem smrti pro dosažení duchovní realizace. V kláštrech, pod vedením mistrů, se připravují na dlouhou duchovní cestu, jejíž součástí jsou i jednotlivé stavy smrti, mezistav a znovuzrození.

“Takže chceme-li umřít dobře, musíme se naučit, jak dobře žít. Doufáme-li v pokojnou smrt, musíme ve své mysli i ve svém způsobu života pěstovat mír.“ (RINPOČHE, 1996. s 13)

V minulosti různé kultury věnovaly péči o mrtvé velký důraz. Obřady doprovázející kult smrti byly součástí většiny kultur a mnohé vypravovaly zemřelé k posmrtnému životu.

Péče o nemocné a umírající byla součástí každodenního života a pohled na umírající a zemřelé nebyl ničím zvláštním.

Ovšem ne vždy, měla smrt a umírání takovou důstojnost. Lidé umírali často o hladu, ve špině a bez jakékoliv pomoci nejen doma, ale i na ulici. Hygienická úroveň byla špatná, časté infekce a epidemie jen přispívaly k vysoké úmrtnosti a lidé se dožívali relativně nízkého věku.

Pro umírající v křesťanském starověku a středověku nebylo umírání hrůzyplným faktem, pokud jej zodpovědně přijímali. Od nejstarších dob křesťanství církev pojímá smrt nikoli jako definitivní konec osoby, nýbrž jako cosi, co ji směřuje k poslednímu soudu a do života věčného. (<http://blisty.cz/art/37052.html>)

Péče o nemocné a umírající je zpočátku prováděna v kláštrech, později byli při kláštrech vybudovávány lazarety a nemocnice. O umírající pečují zpravidla ženy, později vyškolené ošetřovatelky.

Zásluhu o rozvoj v kvalitě ošetřování nese Florence Nightingalová. Žena, jenž se narodila v bohaté anglické rodině. Dostalo se jí vynikajícího vzdělání a svůj život se rozhodla věnovat ošetřování nemocných. V roce 1851 začala studovat ošetřovatelskou školu u Theodora

Flíednera a v roce 1854 se vydala na cestu do Krymské války, kde ranění angličtí vojáci umírali v hrůzných podmínkách. Florence s již bohatými zkušenostmi v péči o nemocné, měla zásluhu na tom, že během půl roku klesla úmrtnost z 40% na 2%. Na základě zkušeností z Krymské války a celoživotního studia ošetřování nemocných v roce 1860 otevřela svoji ošetrovatelskou školu. Veškeré zkušenosti získané ošetřováním nemocných si pečlivě zaznamenávala a později vydala několik knih o ošetřování nemocných. Florence Nightingalová byla doslova legendou ve své době. (Kutnohorská, 2010 s. 37- 43)

1.2 Umírání a smrt v současnosti

„Ať už je život jakkoliv dlouhý, na jeho konci stojí smrt a ta by neměla být tabuizována. Mnohdy se uvádí, že k její tabuizaci vedl strach ze smrti umocněný válkami 20. století.“ (Kutnohorská, 2007 s. 70)

Zatím, co v minulosti byl umírající středem pozornosti své rodiny, nyní, je umírající v nemocnici pouze případem. Profesionalita v péči o umírající se stala prioritou a lidé si zvykli umírat „na něco“, a nikoliv proto, že jsme smrtelní. (Kutnohorská, 2007 s. 70)

Po staletí se způsob a příčiny umírání měnily a v současné době je umírání a smrt převážně v rukou odborníků. Jednak proto, že jsou nemocní a starší lidé více vyšetřováni. A také proto, že u závažných diagnos jsou lidé léčeni v nemocnici, kde se dnes především umírá. Viz tabulka č. A a B.

1.2.1 Statistické údaje v České republice

Následující statistiky ukazují počet zemřelých v České republice rozdělené podle místa úmrtí, pohlaví a vybraných příčin úmrtí. Informace jsou získané z poslední dostupné demografické ročenky z roku 2010. (<http://www.uzis.cz/publikace/zemreli-2010>)

Zemřelí podle místa úmrtí

Od roku 2007 jsou oficiální statistikou ČSÚ zjišťovány údaje o místě úmrtí. V roce 2010 zemřelo 74 % osob v léčebném či sociálním zařízení (tzv. institucionalizovaná smrt) a pouze 20 % osob doma. Statistiky místa úmrtí se meziročně mění jen málo.

Z hlediska pohlaví je charakteristické, že muži mají vyšší podíl úmrtí na ulici či jiném veřejném místě, ženy naopak v sociálním zařízení. Viz. tabulka A. (<http://www.uzis.cz/publikace/zemreli-2010>)

Zemřelí podle místa úmrtí v roce 2010

Tabulka A.

| Místo úmrtí | Absolutně | | | V % | | |
|----------------------------|---------------|---------------|----------------|--------------|--------------|--------------|
| | muži | ženy | celkem | muži | ženy | celkem |
| Doma | 11 981 | 9 810 | 21 791 | 22,1 | 18,6 | 20,4 |
| V nemocnici | 31 740 | 31 198 | 62 938 | 58,6 | 59,2 | 58,9 |
| V léčebném ústavu | 4 327 | 5 380 | 9 707 | 8,0 | 10,2 | 9,1 |
| Na ulici či veřejném místě | 1 872 | 550 | 2 422 | 3,5 | 1,1 | 2,2 |
| Při převozu | 337 | 177 | 514 | 0,6 | 0,3 | 0,5 |
| V sociálním zařízení | 1 755 | 4 412 | 6 167 | 3,2 | 8,4 | 5,8 |
| Ostatní | 2 138 | 1 167 | 3 305 | 4,0 | 2,2 | 3,1 |
| Celkem | 54 150 | 52 694 | 106 844 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Zemřelí podle místa úmrtí v roce 2007

Tabulka B.

| Místo úmrtí | Absolutně | | | V % | | |
|----------------------------|---------------|---------------|----------------|--------------|--------------|--------------|
| | Muži | Ženy | Celkem | Muži | Ženy | Celkem |
| Doma | 10 247 | 8 670 | 18 917 | 19,4 | 16,7 | 18,1 |
| V nemocnici | 31 708 | 31 557 | 63 265 | 60,1 | 60,8 | 60,5 |
| V léčebném ústavu | 3 903 | 4 946 | 8 849 | 7,4 | 9,5 | 8,5 |
| Na ulici či veřejném místě | 1 634 | 396 | 2 030 | 3,1 | 0,8 | 1,9 |
| Při převozu | 218 | 154 | 372 | 0,4 | 0,3 | 0,4 |
| V sociálním zařízení | 1 462 | 3 420 | 4 882 | 2,8 | 6,6 | 4,7 |
| Ostatní | 3 547 | 2 774 | 6 321 | 6,7 | 5,3 | 6,0 |
| Celkem | 52 719 | 51 917 | 104 636 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

(<http://www.uzis.cz/publikace/zemreli-2007>)

Poslední dostupné statistiky z ČSÚ z roku 2007 uvádějí, že dochází k postupnému nárůstu umírajících v sociálním či léčebném ústavu. Z dostupných informací získaných na ČSÚ bylo zjištěno, že statistiky týkající se místa umírání byly vkládány do databáze až od roku 2007. Viz. tabulka B.

Standardizovaná úmrtnost (SDR) na vybrané skupiny příčin smrti v krajích ČR v roce 2010

„Nejčastější příčinou smrti jsou dlouhodobě v České republice nemoci oběhové soustavy. K výraznému poklesu standardizované míry úmrtnosti na kardiovaskulární nemoci došlo v 90. letech 20. století, od roku 2000 je trend mírně klesající u obou pohlaví. V roce 2010 zemřelo v důsledku kardiovaskulárních chorob 53 590 osob, což představovalo 50,2 % všech úmrtí. Druhou nejčastější příčinou smrti u obou pohlaví jsou od druhé poloviny 80. let 20. století zhoubné novotvary (ZN). Zatímco u mužů byly třetí nejčastější příčinou smrti (s téměř 8 % podílem na celkovém počtu zemřelých) vnější příčiny, např. dopravní nehody, otravy, sebevraždy, tonutí, pády a další druhy traumat, u žen byly třetí nejfrekventovanější příčinou smrti nemoci dýchací soustavy (více než 5 % zemřelých žen)“. Viz tabulka C.

(<http://www.uzis.cz/publikace/zemreli-2010>)

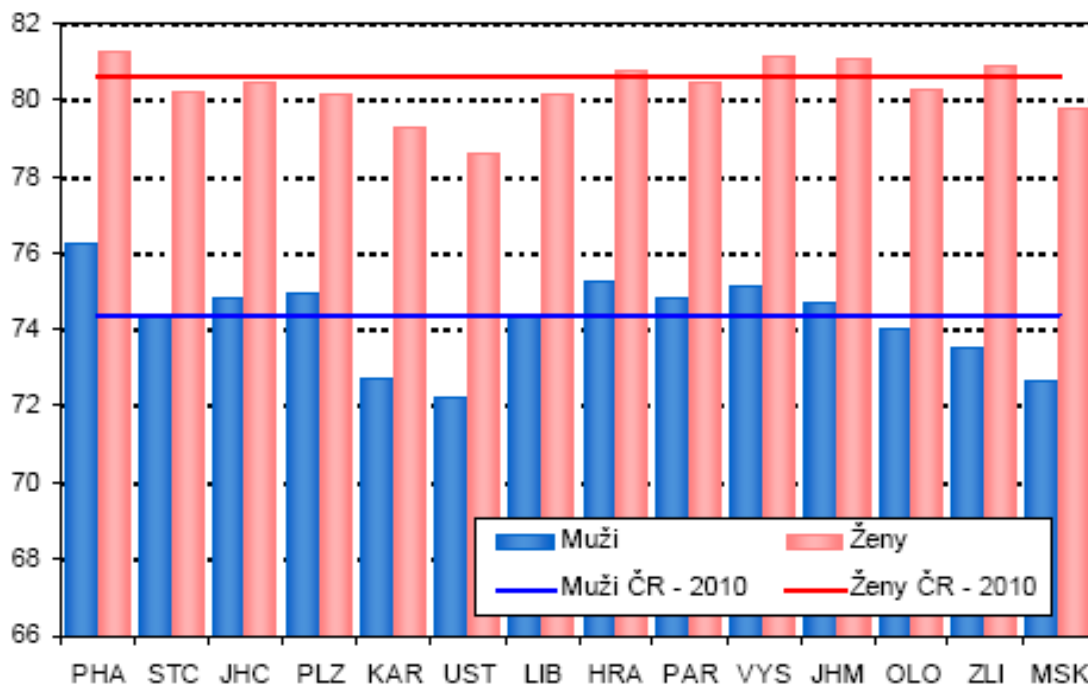
Standardizovaná úmrtnost (SDR) na vybrané skupiny příčin smrti v krajích ČR v roce 2010

Tabulka C.

| Rok | Nemoci oběhové soustavy | | Zhoubné novotvary (C00–C97) | | Nemoci dýchací soustavy | | Nemoci trávicí soustavy | | Vnější příčiny (= poranění a otravy) | | Ostatní | |
|------|-------------------------|------|-----------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|-----|--------------------------------------|-----|---------|------|
| | SDR | v % | SDR | v % | SDR | v % | SDR | v % | SDR | v % | SDR | v % |
| Muži | | | | | | | | | | | | |
| 1970 | 795,0 | 48,0 | 326,8 | 19,7 | 184,0 | 11,1 | 63,4 | 3,8 | 135,1 | 8,2 | 151,9 | 9,2 |
| 1980 | 819,1 | 49,9 | 336,2 | 20,5 | 155,4 | 9,5 | 69,3 | 4,2 | 114,8 | 7,0 | 147,0 | 9,0 |
| 1990 | 834,1 | 53,3 | 358,6 | 22,9 | 81,4 | 5,2 | 67,6 | 4,3 | 117,5 | 7,5 | 106,1 | 6,8 |
| 2000 | 576,8 | 49,7 | 325,2 | 28,0 | 56,8 | 4,9 | 48,4 | 4,2 | 92,8 | 8,0 | 61,5 | 5,3 |
| 2005 | 508,0 | 47,2 | 294,5 | 27,4 | 65,8 | 6,1 | 52,3 | 4,9 | 82,7 | 7,7 | 73,3 | 6,8 |
| 2006 | 477,8 | 46,7 | 284,1 | 27,7 | 60,3 | 5,9 | 50,2 | 4,9 | 77,6 | 7,6 | 74,1 | 7,2 |
| 2007 | 453,7 | 45,8 | 274,3 | 27,7 | 59,4 | 6,0 | 49,5 | 5,0 | 78,0 | 7,9 | 76,3 | 7,7 |
| 2008 | 437,1 | 45,2 | 272,8 | 28,2 | 58,1 | 6,0 | 48,2 | 5,0 | 76,5 | 7,9 | 73,8 | 7,6 |
| 2009 | 436,0 | 45,3 | 268,9 | 27,9 | 63,0 | 6,5 | 47,3 | 4,9 | 75,2 | 7,8 | 72,1 | 7,5 |
| 2010 | 424,4 | 45,1 | 263,4 | 28,0 | 58,9 | 6,3 | 45,2 | 4,8 | 74,7 | 7,9 | 74,1 | 7,9 |
| Ženy | | | | | | | | | | | | |
| 1970 | 559,0 | 53,9 | 181,1 | 17,5 | 82,5 | 8,0 | 37,6 | 3,6 | 58,2 | 5,6 | 118,6 | 11,4 |
| 1980 | 543,1 | 54,1 | 180,9 | 18,0 | 78,5 | 7,8 | 38,7 | 3,9 | 57,4 | 5,7 | 104,8 | 10,4 |
| 1990 | 512,6 | 57,7 | 189,3 | 21,3 | 29,7 | 3,3 | 29,6 | 3,3 | 54,1 | 6,1 | 73,0 | 8,2 |
| 2000 | 378,9 | 54,9 | 177,3 | 25,7 | 29,0 | 4,2 | 25,3 | 3,7 | 34,1 | 4,9 | 45,8 | 6,6 |
| 2005 | 351,0 | 53,4 | 164,7 | 25,1 | 33,4 | 5,1 | 26,8 | 4,1 | 29,2 | 4,4 | 52,1 | 7,9 |
| 2006 | 318,2 | 51,9 | 163,1 | 26,6 | 30,3 | 4,9 | 26,0 | 4,2 | 25,4 | 4,1 | 50,2 | 8,2 |
| 2007 | 306,8 | 51,5 | 154,8 | 26,0 | 29,3 | 4,9 | 25,5 | 4,3 | 26,1 | 4,4 | 52,9 | 8,9 |
| 2008 | 292,3 | 50,7 | 155,2 | 26,9 | 28,6 | 5,0 | 25,2 | 4,4 | 25,4 | 4,4 | 50,0 | 8,7 |
| 2009 | 296,2 | 51,4 | 150,7 | 26,1 | 30,9 | 5,4 | 25,8 | 4,5 | 23,8 | 4,1 | 49,1 | 8,5 |
| 2010 | 282,4 | 50,7 | 147,5 | 26,5 | 29,2 | 5,2 | 24,1 | 4,3 | 23,4 | 4,2 | 50,5 | 9,1 |

Střední délka života v krajích v letech 2009–2010

Tabulka D.



„Mezikrajové rozdíly ve standardizované míře úmrtnosti se odrážejí v naději dožití při narození. Ta byla u mužů nejnižší v kraji Ústeckém (72,3 roku), Moravskoslezském (72,6 roku) a Karlovarském (72,7 roku), průměr za ČR u mužů byl 74,4 roku. Krajem s nejvyšší nadějí dožití při narození u mužů byl v ČR Hl. m. Praha (76,3 roku). U žen byla nejnižší naděje dožití při narození opět v kraji Ústeckém (78,6 roku) a Karlovarském (79,3 roku), republikový průměr byl 80,6 let. Nejvyšší nadějí dožití při narození u žen měl kraj Hl. m. Praha (81,2 roku).“ Viz tabulka D.

(<http://www.uzis.cz/publikace/zemreli-2010>)

2 Problematika umírání ve zdravotnickém zařízení

2.1 Teorie umírání, jednotlivé fáze

Základních pět fází, kterými většina nemocných prochází, poprvé popsala švýcarská lékařka Elizabeth Kübler-Rossová. Pro zdravotní a sociální pracovníky to jsou velice důležité informace, které pomáhají pochopit a správně pečovat či doprovázet umírajícího a jeho blízké.

„Elizabeth Kübler-Ross je dnes považována za světoznámou specialistku v oblasti problematiky umírání a smrti; svými blízkými kolegy bývá dokonce někdy nazývána „dámou

umírání a smrti.“ Její klinické zkušenosti z oblasti „lidského konce“ jsou mimořádně bohaté a promítají se samozřejmě zase zpět do realizované klinické praxe.“ (Kübler-Ross, 1997 s. 14)

Více než dvacet let působila v mnoha nemocnicích ve Spojených státech, vyučovala na několika univerzitách a získala si významné jméno v oblasti výzkumu lidské smrti. Za svůj život proseděla dr. Rossová stovky hodin u lůžek umírajících a pečlivě zaznamenávala veškeré jejich reakce, z kterých následně popsala a definovala několik fází umírání. (Kübler-Ross, 1997 s. 5)

Mimořádný odborný přínos Elizabeth Kübler-Ross spočívá především v tom, že popsala psychickou odezvu na příchod a rozvoj nevyléčitelné nemoci. Vykonala nesmírně mnoho pro detabuizování problematiky umírání a smrti. (Kübler-Ross, 1995 s. 14)

2.1.1 Šok

V popředí první fáze je často šok doprovázený bouřlivými emocemi, pláčem či vztekem a otázkami „Proč právě já?“, „Proč se to stalo?“ Toto jsou běžné výroky lidí, kteří se náhle ocitli v roli nemocných. Nemocný nedokáže přijmout ani třídit informace o svém vážném zdravotním stavu, stahuje se do izolace a popírá fakt nemoci. (Kübler-Ross, 1995 s. 15)

Nemocný nedokáže přijmout diagnózu spojenou s koncem života a často ji považuje za mylnou. Sám sebe intenzivně přesvědčuje, že jde o omyl, který se ho netýká. Pacient je vydešený, plný úzkosti, strachu, v rozhovoru s lékařem tvrdí že s ním o nemoci nikdo nemluvil a o své chorobě nic neví. Nemocného je třeba důkladně vyslechnout a trpělivě odpovídat na jeho otázky. V této fázi je třeba s nemocným navázat kontakt a získat jeho důvěru. (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 1995 s. 134)

2.1.2 Fáze zloby, vzteku, agrese

Tento časový úsek je obdobím značně náročným především pro okolí nemocného a v případě hospitalizace pro ošetřující personál. (Kübler-Ross, 1995 s. 15)

Obranná reakce je prudká až agresivní, slovně dává vše najevo, závidí druhým. Nemocný je plný negativních emocí a často klade sobě i ostatním větu „proč já, a ne někdo druhý?“, „proč zrovna já musím zemřít“, co je to na světě za nespravedlnost“. Mnozí pacienti se snaží najít ve svém životě místo, kde udělali chybu, za kterou musí nyní pykat. Často si vylévají zlost na příbuzných, i když v koutku duše vědí, že oni za jejich nemoc nemůžou. Rodina by měla být připravena na to, že se jedná o fázi umírání, která je přechodná a snažit se s umírajícím co nejvíce mluvit o jeho pocitech. (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 1995 s. 134)

2.1.3 Fáze smlouvání

Nemocný již přijal nevyhnutelnost konce a fakt, že jeho život skončí dříve, než si představoval, avšak snaží se o jeho oddálení. Chce získat informace o nových alternativních metodách léčby, které by mu umožnily život alespoň o kousek prodloužit, hledá zázračné léky, léčitele a je schopen zaplatit cokoliv. (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 1995 s. 134)

Uvědomuje si, že se blíží konec. Hledá smysl života ve snaze naplnit konečný čas, který mu zbývá co nejlépe a přemýšlí, co by ještě chtěl prožít. Častým přáním je dožít se nenarozeného vnuka, svatby či promoce blízkých. Smlouvá o čas.

Co je důležité? Maximální opatrnost před zázraky slibujících podvodníků. (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 1995 s. 134)

2.1.4 Fáze deprese

Ve stádiu deprese umírající nejprve nařiká nad životními prohrami a následně začíná ztrácet zájem o okolní svět. Postupně pozbývá zájem o lidi a události v okolí a přeje si vidět stále méně lidí. (Kübler-Ross, 1995 s. 21)

„Pokud mu dovolíme prožít si tento smutek, pokud jeho život není uměle prodlužován a rodina je připravena „nechat ho odejít“, pak může zemřít v klidu a ve stádiu smíření a přijetí.“ (Kübler-Ross, 1995 s. 21)

Umírající upadá do zoufalství, uvědomuje si konečnost svého bytí. V myšlenkách si stále opakuje, co všechno ještě chtěl v životě udělat a co už nedokončí. Přichází hluboký smutek a vyčerpání nad ztrátou zdraví. Konec je již pro pacienta jasný, bojí se samoty, bolesti a neznámé situace. Z medicínského hlediska mají v této fázi významnou roli antidepresiva, kterých je na dnešním trhu nepřeberné množství. Z lidského hlediska je velmi důležitý intenzivní kontakt s nemocným a být nablízku v nejtěžších chvílích života. V této fázi je důležité dát nemocnému co nejvíce prostoru, času a naslouchat jeho otázky, týkající se strachu z onoho konce. Pokud se mu dostane maximální podpory, nemusí být fáze deprese dlouhá. (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 1995 s. 134)

2.1.5 Fáze smíření nebo rezignace

Umírající je vyrovnaný a s pokorou čeká na nevyhnutelné. V této fázi se začíná zdravotní stav nemocného výrazně horšit. Je to doba klidu. Umírající cítí, že osoby milované jsou mu na blízku a že může zemřít v klidu. Nejde ovšem o rezignaci, ale o aktivní smíření s ukončením života. Důležitá je mlčenlivá lidská přítomnost, podržení pacienta za ruku a být oporou. Do

stavu vnitřního smíření a klidu se ale nemusí dostat každý a v opačném stavu propadá zoufalství a beznaději. Rezignaci je nutno odlišit od fáze smíření. Lze ji chápat také jako selhání doprovázejícího, i když neúmyslného. (Kutnohorská, 2007 s. 73)

„Rozdíl mezi přijetím a rezignací, popisuje Elizabeth Kübler-Ross: Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti.“ (Kutnohorská, 2007 s. 73)

Lidé, kteří již na svůj osud rezignovali, pak tento výraz postrádají a v jejich tvářích můžeme nalézt zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti. (Kutnohorská, 2007 s. 73)

„Umírající pacient musí projít mnoha stádii svého zápasu, než se vyrovná se svou nemocí a nevyhnutelnou smrtí. Po nějaký čas může odmítat špatné zprávy a pokračovat ve své práci „jako kdyby byl stejně zdravý a silný jako dříve“. Může zcela zoufale navštěvovat jednoho doktora za druhým v naději, že jeho diagnóza nebyla správná. Může chtít svoji rodinu uchránit od pravdy (či rodina může chtít uchránit jeho).“ (Kübler-Ross, 1995 s. 21)

Tyto fáze, které jsou zde popsány, nemají vždy stejnou posloupnost a často se stává, že některé fáze se vracejí či se různě prolínají. Nejsou stejně dlouhé a některé fáze se nemusí dostavit vůbec. Těmito fázemi nemusí procházet jen nemocný ale často také jeho příbuzní. Rodina by měla mít možnost si odpočinout a nabrat nové síly. (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 1995 s. 134)

2.2 Domácí model umírání

Vzhledem k tomu, že dříve nebyla smrt tabuizována, lidé věděli, jak se mají vůči umírajícímu chovat a naopak umírající věděl, co se od něj očekává. Umírání bylo sociálním aktem, kdy si příbuzní rozdělovali pečovatelské role. Utužovalo to rodinné vztahy. Bylo samozřejmé, že člen rodiny neumíral v osamění ale v rodinném kruhu nejbližších.

Umírající znal své role a věděl, kdy nastane jeho poslední hodinka, aby se mohl důstojně rozloučit a vyslovit poslední přání. Poté rodina přizvala kněze, aby učinil poslední pomazání. Umírající se tak často uklidnil a čekal v oparu milosrdné agónie na svou smrt. Ne vždy byl tento model idylický. Nemocní často rodinu neměli, či ji měli nefunkční. Lékař také nebyl pravidelným účastníkem umírání. Příčinou byl jejich nedostatek a v druhé řadě neschopnost rodin lékaře zaplatit. Nemocní často trpěli silnými bolestmi a tak jediný způsob úlevy reprezentovalo morfium, které ovšem nebylo vždy dostupné. Je třeba však zdůraznit, že každý člen rodiny se v průběhu života setkal s umíráním a následně s mrtvým tělem. Měl možnost vidět smrt z blízka. (Haškovcová, 2000 s. 27)

Lidé, starající se o dlouhodobě umírající, uměli často předvídat fáze umírání. Rozpoznali poslední hodiny před smrtí a zvládali potřebné ošetrovatelské úkony. Ve fázi, kdy nemocný již nebyl schopen přijmout tuhou stravu, nabízeli slabý polévkový vývar a věděli, že zesláblé tělo pociťuje více zimu. Proto nemocným nabízeli vrstvu pokrývek, v místnosti udržovali šero a klid. Nepřekvapovala je ani změna barvy kůže v okolí loktů a kolen.

Když dotyčný zemřel, zatlačil mu zpravidla nejstarší syn oči a rodina otevřela okno, aby duše mohla odejít. Nakonec se rodina pomodlila a tělo bylo omyto. Tento proces je dnešnímu světu neznámý a pro běžného člověka nepřijatelný. Vždyť péče o umírajícího, patří do rukou odborníků, tlumící bolest a snižující utrpení. (Haškovcová, 2000 s. 27-29)

Tento model byl využíván v péči o dlouhodobě umírajícího nemocného, ovšem lidé a rodina museli čelit i nebezpečí náhlé smrti.

„Náhlá smrt je definována jako smrt, která následuje v krátkém časovém intervalu po infarktu, tj. po vyvolávajícím momentu. Časový interval je jednotlivými odborníky pojímán různě.“ (Kübler-Ross, 1995 s. 149)

Světová zdravotnická organizace určila horní časovou mez na šest hodin. Čas pro pochopení a přípravu je před hranicí život- náhlá smrt zanedbatelně krátký. Konfrontace rodiny s náhlou smrtí je pro sestru i lékaře psychologicky velmi náročná jakožto komunikace a empatie. Informace o náhlé smrti patří vždy lékaři, který podává informace osobně. Stresová zátěž profesionálů i rodinných příslušníků v těchto situacích je velmi vysoká a přijmout nečekaný fakt konečnosti je velmi obtížné. (Kübler-Ross, 1995 s. 149-158)

Z psychologického hlediska je zde veliký rozdíl ošetrovatelské péče o pacienta v terminálním stádiu chronického onemocnění a péče o pacienta, jehož náhle vzniklý zdravotní stav vede k úmrtí.

2.3 Institucionální model umírání

Institucionální model se vyvíjel postupně. S rozvojem doby byl nemocný umísťován do nemocnic, kde bylo nutné zajistit čisté lůžko, teplo, jídlo, pití a základní hygienické nároky.

Období druhé poloviny 20. století zaznamenalo velkou změnu v péči o umírající. Nemocní byli většinou umísťováni do klášterů a nemocnic daleko od rodinného zázemí a okolního světa. Lidé byli přesvědčeni, že umírající potřebuje klid a že jedině tak je to správné. Smrt byla v 50. letech 20. století přesunuta za bílou plenu a umírající byl izolován od okolí. (Haškovcová, 2000 s. 29)

„Smrt však není nemoc, ta se dá léčit, smrt je fakt, který je nutno přijmout.“ (Kutnohorská, 2007 s. 77)

Nemocní v první polovině 20. století často umírali ve velkých nemocničních pokojích v přítomnosti ostatních pacientů. Později ve snaze zlepšit tuto situaci, byli nemocní převáženi na samostatný pokoj, za účelem zajištění klidu umírajícímu a zamezit tak ostatním pacientům pohled na utrpení.

Tento postup měl ovšem negativní vliv na psychiku nemocného, jakmile byl těžce nemocný převezen na samostatný pokoj, ihned pochopil, že nastává jeho konec a že bude umírat sám v naprosté izolaci a beznaději.

Vše bylo dovršeno názorem, že umírající potřebuje naprostý klid a pořádek. To vše bylo zajištěno striktním dodržováním návštěvních dnů a hodin a vyloučení rodiny z péče o nemocného. Černé stránky institucionálního modelu umírání jsou viditelné a jejich společným znakem je chladná profesionální péče. (Haškovcová, 2000 s. 30-31)

V dnešní době je již samostatná místnost minulostí, bílé zástěny v nemocnicích ovšem zůstaly. Rodinnou péči o umírající příbuzné převzal vyškolený personál nemocnic i přesto, že v praxi se setkáváme s přáním pacienta být v co nejužším rodinném kruhu. Péče zdravotníků je na velice vysoké úrovni, ovšem nedokáže nahradit psychickou oporu a roli rodinného příslušníka. Veliký pokrok v moderní ošetrovatelské péči je možnost neustálé přítomnosti rodiny u lůžka nemocného. V současné době je snahou zdravotnických pracovišť zapojit do komunikace a péče o nemocného rodinu co nejvíce, v rámci aktuálního zdravotního stavu. V některých případech se setkáme s žádostí o převzetí nemocného do vlastní péče. Ve většině případech je bohužel nemocný předán do ústavu následující péče a nikoliv zpět do rodiny. Moderní doba je v těchto ohledech nevyzpytatelná a obraz moderního člověka se promítá i v těchto důležitých okamžicích konce života.

2.3.1 Umírání a smrt na JIP a ARO

Problematikou umírání na odděleních intenzivní a resuscitační péče je nedostatek soukromí a neosobní prostředí jenž jsou hlavními faktory bránícími zajištění důstojného umírání nemocných na ARO/JIP.

„Odborníci se shodují v názoru, že požadavky na tzv. důstojné umírání a důstojnou smrt jsou opodstatněné a že je třeba v praktické rovině hledat způsoby, jak sladit staré a osvědčené formy přístupu k nevléčitelně nemocným a umírajícím s pojetím moderní medicíny, nebo naopak, jak obohatit vítěznou medicínu o prvky soucitné péče, v níž má nezastupitelnou moc vlídné slovo, laskavé povzbuzení a projev osobní účasti.“ (Haškovcová, 2000 s. 21)

Technicky vyspělá medicína je charakteristická tím, že téměř doslova a do písmene bojuje za každý ohrožený život člověka, což je právě tak obdivuhodné, jako potřebné. (Haškovcová, 2000 s. 21)

Ošetrovatelská péče na intenzivních pracovištích je velice náročná na psychickou stránku sestry, jelikož jsou zde hospitalizováni pacienti v akutním ohrožení života. Často se sestra setkává s pacienty po rozsáhlých chirurgických výkonech, ale i s pacienty jejichž operace byla provedena pouze za účelem zmírnění obtíží při onkologických onemocněních. U těchto pacientů je častá fáze agrese, zloby a odmítání. Za svůj zdravotní stav často obviňují jiné a komunikace bývá velice náročná. V mnohých případech jde ovšem o náhlé zhoršení zdravotního stavu z plného zdraví a pacient je tak vystaven daleko vyššímu psychickému napětí.

Oproti jiným pracovištím je zde velice různorodá věková kategorie nemocných. Jsou zde hospitalizováni nemocní od období dospívání až po nejvyšší možnou věkovou hranici a péče je poskytována od akutní po terminální stav nemocného. Poslední rozloučení s nemocným je často téměř nemožné a až pohřeb přináší pozůstalým možnost rozloučit se s příbuzným či blízkým.

Prvním krokem v péči o pacienta v terminálním stavu by mělo být docenění času před smrtí a brát na vědomí, že i tento člověk má ještě mnoho úkolů a potřebuje v nich podpořit. V týmu by se měli jednotliví členové navzájem podporovat společným hledáním kladných stránek péče a oceňováním toho, co se povedlo. (Marková 2010 s. 30-34)

Práce zdravotní sestry s pacienty v terminálním stadiu je velmi náročná jak po psychické stránce tak po fyzické. Pacienti vyžadují neustálý dohled a především pomoc sestry v saturaci nejzákladnějších potřeb, které již často nezvládají. Nemocný je v horším případě upoutaný na lůžko, manipulace a časté polohování jako prevence proleženin je pro sestru fyzicky velmi náročná. Častým problémem je péče o nemocné v pokročilém stadiu choroby, kdy vyspělá technika a farmakologická léčba nedovolí zemřít člověku, důstojnou a klidnou smrtí. Sestra se v těchto případech setkává s prosbou nemocných o klidný odchod na onen svět. V této fázi je důležitá komunikace s lékařem, vhodně zvolená léčebná terapie bolesti a spolupráce s rodinou nemocného.

V těchto okamžicích je pro sestru velice náročné spojit technické požadavky moderní medicíny s náročnou ošetrovatelskou péčí.

2.3.2 Dystanázie, neboli zadržená smrt

V 60. letech 20. století v době spojené s rozvojem intenzivní terapie se poprvé v medicíně objevuje etický problém nazvaný dystanázie, neboli zadržená smrt. Pod tímto pojmem je třeba

pochopit situaci moderní medicíny, kdy přístroje a vyspělá medikamentózní léčba nedovolí zemřít člověku, jenž by za normálních podmínek již odešel z tohoto světa. (Marková, 2010 s. 14)

„Oddalovat smrt je ušlechtilý a vysoce hodnotný čin. Nebrat na vědomí konečnost lidského osudu je projevem lidské i profesionální neodpovědnosti, která se vymstí, a to nejméně dvakrát.“ (Haškovcová, 2000 s. 32)

Poprvé v okamžiku, kdy není včas a řádně přihlédnuto k základním potřebám člověka, v době kdy vstoupil do procesu umírání.

Druhé „zrady“ se tím dopouští zdravotnický tým ve snaze poskytnout co nejvyšší odbornou péči a léčbu člověku, který je nezvratně blízko smrti. Svou vysokou hyperaktivitou a odborností brání nadvládě mocné přírody a důstojnému odchodu duše. Moderní medicína poskytuje vysoce odbornou léčbu, ne vždy by tato léčba měla být dominantní, protože často přináší více bolesti, prodlužování a utrpení, nežli prospěchu. (Haškovcová, 2000 s. 32)

„Tváří v tvář medicínskému pokroku a trvale se rozvíjející technice si bude muset každá společnost stanovit mravní a medicínská kritéria pro zastavení léčby, jež udržuje při životě nemocné v terminálním stavu... **Medicína by měla být zdrženlivá a rozvážná.** Zápas s chorobou by měla vyvažovat vědomím, že její úlohou není učinit tělo nesmrtelným, ale pomoci lidem prožít omezený počet let co nejzdravěji.“ (CALLAHAN, D. The Goals of Medicine. Setting New Priorities. New York ;Hastings Center, 1996,28p)

Prodlužování života, odborně řečeno dystanázie je velikým problémem dnešní moderní doby. S rozvojem současné medicíny roste i mnoho případů, kdy je člověk udržován na světě pomocí moderní techniky. I přes velký rozvoj paliativní medicíny je tento problém stále aktuální. Rodina chce pro své příbuzné jen to nejlepší ve snaze být na světě co nejdéle. Etické aspekty tohoto problému, jsou těžkým úkolem ošetřujícího personálu a v první řadě pro lékaře. Není snadné rozhodnout, kdy již léčba neúčinkuje a je možno přistoupit pouze k léčbě symptomatické - paliativní.

2.3.3 Eutanázie

Význam slova eutanázie (z řečtiny „dobrá smrt“) se oproti původnímu řeckému pojetí velmi zúžil. V dnešní době se eutanázií rozumí především lékařské jednání, které vede k navození či uspíšení smrti druhého člověka. (Špinková, Špinka 2006 s. 11)

Žijeme v době, kdy se na různých místech světa objevují hnutí pro eutanázii, nazývaná hnutími „za právo zemřít s důstojností“. Bohužel z různých anket vyplynulo, že lidé, kteří jsou

dotazování nevědí co vlastně eutanázie je a domnívají se, že jsou jen dvě možnosti: buď zemřít v nesnesitelných bolestech, či „milosrdně“ život ukončit. (Munzarová, 2005 s. 48)

V době, kdy je zaznamenán obrovský pokrok vědy a technických vymožeností, je toto téma častou otázkou. S každou dekádou lidské civilizace se zvyšuje průměrný věk populace. Dnes je možno jako nikdy dříve zachraňovat a prodlužovat životy, které byly dříve odsouzeny k zániku. Právě tyto pokroky mají ovšem i svou stinnou stránku. V mnoha případech totiž dochází k tomu, že život přetrvává, ale současně je vnímán jako obrovská zátěž nejen pro nemocné, ale často pro jejich příbuzné, kteří trpí pohledem na své blízké. Vše nepochybně vede k mnoha strachům a úzkostem, pokud jde o budoucnost každého, s představou vlastního nekonečného „technického“ umírání. (Munzarová, 2005 s. 11)

Vymezení pojmu eutanázie

V dřívější době byla eutanázie tříděna na aktivní a pasivní. (Munzarová, 2005 s. 48)

Aktivní eutanázie je eutanázií ve vlastním slova smyslu, naopak od eutanázie pasivní, kterou se rozumí nejednání (nebo zřeknutí se určitého jednání), které má či může mít za následek usmrcení úmrtí druhého člověka. (Špinková, Špinka 2006 s. 11)

„Rozdíl mezi aktivní euthanasii a tzv. „pasivní euthanasii“ je rozlišením mezi jednáním a zanecháním jednání (či nepřistoupením k němu). Velmi hrubě řečeno: aktivní euthanasie je aktivní jednání, které má usmrcet či navodit smrt druhého člověka.“ (Špinková, Špinka 2006 s. 11)

Dále rovněž záleželo, zda se jednalo o eutanázii dobrovolnou a tzv. nedobrovolnou. Pochopitelně nešlo o dobrovolnost či nedobrovolnost na straně toho, kdo eutanázii vykonává, ale šlo o nemocného, o jehož zkrácení života se jedná. (Špinková, Špinka, 2006 s. 12)

Bylo možno popsat různé kombinace, jako eutanázie aktivní vyžádaná (chtěná), pasivní nevyžádaná (nechtěná), aktivní nedobrovolná apod. (Munzarová, 2005 s. 48)

„Většina autorů současnosti se ztotožňuje s holandskou definicí. Euthanasie je úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (=lékařem), na jeho vlastní žádost. Tato definice tedy použití pojmu euthanasie omezuje jen na, v dřívější terminologii-aktivní vyžádanou euthanasii., (Munzarová, 2005 s. 49)

V České republice je provedení eutanázie v její základní formě, tedy usmrcení lékařem, buď na vlastní žádost pacienta, trestným činem. Situace v některých zahraničních státech, co se týče legislativních úprav, je o něco benevolentnější. Ovšem otázky eutanázie i zde vyvolávají

kritiku různých skupin hájících lidská práva či ze strany náboženských organizací. Složitější je však debata o etičnosti medicínského usmrcení člověka, i když ve jménu soucitu a útrpnosti. Sebevražda jako taková nebývá trestným činem. V oblasti české legislativy je však již zločinem, pokud k ní člověku pomůže (nebo jej navede) někdo druhý. (<http://tema.novinky.cz/eutanazie/>)

2.3.4 Paliativní péče

Paliativní, neboli útěšná medicína je ucelený a nadějný systém pomoci pro umírající všech věkových kategorií a jejich rodiny. Paliativní péče je ve skutečnosti nejstarší formou medicíny vůbec.

„Po dlouhá staletí bylo mírnění lidského utrpení a provázení k dobré smrti hlavním posláním lékařů a posléze i ošetřovatelek (a sester). Zcela přirozeně a většinou v domácím prostředí, méně často ve špitálech se na paliativní péči vedle „zdravotníků“ a často i bez nich podílela především rodina, přátelé, duchovní. A tak můžeme již z tohoto důvodu hovořit o paliativní péči jako o multidisciplinární péči ověřené dějinami.“ (Marková 2010 s. 13)

V 19. století přibývalo těch, kteří umírali bez zázemí vlastní rodiny. To vedlo k rozvoji chorobinců nahrazující dnešní moderní nemocnice a ústavy kde byl kladen velký důraz na léčbu a boj s nemocí.

Definice dle světové zdravotnické organizace zní: „Paliativní medicína je léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ (Vorlíček, J., Adam, Z. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 1998 s. 499)

Definice světové zdravotnické organizace jasně zdůrazňuje, že nemocní a jeho blízcí jsou jednotou a pokud bude péče poskytována odděleně nelze hovořit o kvalitní paliativní péči. (Marková 2010, s. 19)

Paliativní péči rozdělujeme na obecnou a speciální. Je potřeba zdůraznit, že paliativní péče neznamená hospicová péče. Obecnou formu paliativní péče by mělo poskytnout jakékoli zdravotnické zařízení v rámci své specializace. Mezi hlavní aspekty patří včasné vyhodnocení pacientova stavu, posouzení smysluplnosti další aktivní léčby a podpora kvality života nemocného. Zásadní roli zde hraje léčba bolesti, symptomů a podpora rodiny.

Specializovaná pracoviště paliativní péče, jsou taková, která se věnují paliativní péči jako své hlavní činnosti. Nedílnou součástí je vyškolený personál s vyšší úrovní specializace a větší počet zaměstnanců v poměru k počtu zaměstnanců.

Služby odborné péče by měli poskytnout nemocnému podporu, ať je to kdekoliv: doma, v nemocnici, v rezidentní péči, v pečovatelském domě, v denním stacionáři či na specializovaných odděleních paliativní péče. (Marková 2010 s. 20-21)

Mezi zařízení paliativní specializované péče se řadí:

- Oddělení paliativní péče
- Domácí hospice- mobilní paliativní péče
- Lůžkové hospice
- Konziliární týmy paliativní péče
- Ambulance paliativní péče
- Denní stacionáře
- Zvláštní zařízení paliativní péče (např. poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek apod.)

(Marková, 2010 s. 21)

Nejběžnější formou poskytování specializované paliativní péče ve světě je domácí hospic. Tým odborníků, jejichž členové- lékaři, zdravotní sestry, sociální a pastorační pracovníci, psychologové a dobrovolníci – poskytují nepřetržitě 24 hodin denně všestrannou péči rodinám, které se rozhodly pečovat o své umírající blízké doma. Prioritou domácího hospice je poskytnout těžce nemocným a jejich rodině, aby strávili závěr života v rodinném kruhu, zachovali si svoji důstojnost a měli přístup k co nejvyšší kvalitě služeb. (<http://www.cestadomu.cz/o-hospici.html>)

Paliativní přístup respektuje potřeby umírajících, které se od nemocných s příznivou prognózou výrazně liší. Vysoká potřeba psychologické, sociální a duchovní pomoci dovoluje angažovat v péči i dobrovolníky. (O'Connor, Aranda, 2005 s. 12)

Z výše uvedených statistik v úvodu teoretické části vyplývá skutečnost, že téměř 60% populace v České republice umírá v nemocnicích a přibližně 10% v léčebných ústavech. Na internetových stránkách české organizace, v rámci domácího hospicu Cesta domů byli lidé dotazováni na následující otázky:

1. Kde by měli nemocní umírat?
2. Chtěl/a byste umírat doma?

Přání respondentů v projektu Cesta domů.

Tabulka E.



Tabulka F.



(<http://www.umirani.cz/archiv-anket-2.html>)

„Nelze popsat umírání v nemocnici jako fenomén, neboť v současné době transformace českého zdravotnictví – v době akreditací některých pracovišť – jsme svědky značných rozdílů v kvalitě ošetrovatelské péče, která je poskytována v jednotlivých zdravotnických zařízeních.“ (Marková, 2010 s. 24)

Důležitým faktorem ovlivňující kvalitu paliativní péče v nemocnicích se ukazuje počet nelékařského zdravotnického personálu (zdravotní sestry, asistenti a ošetrovatelé)

Kvalita paliativní péče v nemocnicích má ovšem i další faktory:

- Schopnost zdravotního týmu včas rozpoznat, kdy kurativní postupy již nemohou prospět a spolu s nemocným se rozhodnout pro postup paliativní.
- Kvalita vzdělání sester a lékařů v paliativní péči a medicíně.
- Fungování multidisciplinárního týmu.
- Kvalita vzájemné komunikace uvnitř týmu.
- Otevřenost oddělení pro tzv. „civilní“ personál (rodinní příslušníci a dobrovolníci)

(Marková, 2010 s. 25)

Umírání v nemocnici bude pravděpodobně dlouho místem, posledních minut nemocného. Nemocnice sama by měla usilovat o rozvoj v oblasti paliativní péče a léčby. S důrazem na to, že paliativní péče se neomezuje pouze na pacienta, ale na celou jeho rodinu. Je tedy potřeba posílit složku práce s nemocným a jeho rodinou. (Marková, 2010 s. 25)

2.4 Sestra a umírající

2.4.1 Postoje sester k umírání a smrti

„Vztah ke smrti se vyvíjí v čase, stejně tak jako každý jiný vztah. Ovlivňuje ho mnoho okolností – příklad rodičů a dalších důležitých osob, které nás v našem životě provázejí. Náš postoj ke smrti je také výrazně ovlivněn tím, jak k setkávání se smrtí dochází.“ (Svatošová, 2010 s. 29)

U zdravotních sester je stejně tak jako pro ostatní podstatné první setkání se smrtí, které často přichází v období studia na zdravotní škole při odborných praxích. První setkání se smrtí pacienta je pro sestru důležitou součástí jejího profesionálního rozvoje. Postoj sester k umírání a smrti je utvářen již v rodinném prostředí, následně při studiu a poté přichází zkušenosti z vlastní praxe. Při setkávání se smrtí v profesním životě je potřeba zvolit správnou míru angažovanosti a správnou míru optimálního odstupu. Smutek je normální reakcí a tuto reakci musíme prožít, abychom si v sobě nehromadily problémy do budoucna. Stejně tak potřeba plakat je jedním z projevů intenzivního smutku. I profesionál je pouze lidskou bytostí a pláč je přirozená reakce při loučení a ztrátě. Pláč tedy nelze považovat za známku nízké profesionality. (Marková, 2010 s. 29-30)

Potřeba smyslu je dalším důležitým mezníkem v ošetřování nemocných. Sestra určitě potřebuje vidět výsledek své práce. Je milé a povzbuzující, když pacient odchází po svých a s

díky po náročné a těžké operaci. V paliativní péči se toto ovšem stane málokdy. Je velice důležité si uvědomit, že i těžce nemocný má ještě mnoho úkolů a potřebuje v nich podpořit (medicínsky i ošetrovatelsky). V týmu by se měli jednotliví členové podporovat navzájem společným hledáním kladných stránek péče a oceňováním toho, co se povedlo. Pokud vše dobře funguje, dostaví se vnější úspěch v podobě pozůstalých, kteří přijdou poděkovat za doprovázení v těžkém období života. (Marková, 2010 s. 34)

Při přípravě sester na výkon povolání, by měla být věnována zvláštní pozornost prvnímu setkání zdravotní sestry se smrtí. Ve středoškolském a vysokoškolském studiu by měl být kladen větší důraz na to, že jeden z důležitých cílů ošetrovatelství je důstojné umírání a péče o umírajícího.

„Profesionál, v jehož rodině nebyly hovory o smrti tabu, bude mít pravděpodobně mnohem jednodušší a přirozenější přístup k nemocným, kteří otázky se smrtí spojené pokládají.“ (Marková, 2010 s. 30)

2.4.2 Problémy komunikace sestry s umírajícím a jeho rodinou

„Mezi profesionální dovednosti zdravotní sestry patří komunikace s umírajícím pacientem. Dobrá a efektivní komunikace je základem komplexní ošetrovatelské péče o smrtelně nemocného.“ (Kelarová, Matějková, 2009 s. 54)

Jedním ze zásadních aspektů komunikace s umírajícím pacientem, je potřeba pravdivé informace o vážnosti jeho zdravotního stavu. Nemocný má právo znát pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Jestliže má pacient dostatek informací o svém zdravotním stavu, je ve většině případů schopen uspořádat si konec života dle vlastních potřeb.

„V minulé době nebylo respektováno právo pacienta na pravdivé informace. Důvodem byla často obava převzít psychologickou péči o nemocného, který je na konci života. „Milosrdné lži“, které byly používány, byly vysvětlovány tím, že nemocný by neunesl pravdu.“ (Kelarová, Matějková, 2009 s. 54)

Stále se ovšem setkáváme s tím, že pacient nebyl o svém zdravotním stavu informován. Soustředí se na vlastní uzdravení, v domněnku, že je to možné a přichází tím o možnost připravit se na tak důležitou etapu jako je umírání. Z tohoto důvodu je pravdivá informovanost tak důležitá. (Marková, 2010 str. 70)

Při sdělování takto vážné informace je třeba zvážit, ve které fázi onemocnění je vhodné pacienta informovat. Je také vhodné zvolit správné prostředí v rámci možností a pověřit tím, pokud možno, co nejvhodnější osobu (lékař, sestra, psycholog či rodina). Kübler-Rossová ve

své knize Otázky a odpovědi o smrti a umírání, uvádí, že při sdělování nevyhlášené nemoci není vhodné uvádět časový údaj, zbývající do konce života. Tyto názory se ovšem často liší. Velmi důležitý je individuální přístup v komunikaci k vážně nemocnému a umírajícímu člověku. To je velmi obtížné a patří k vrcholným dovednostem sestry i lékaře, protože je závislý nejen na vědomostech a zkušenostech sestry ale především na její empatii ke stavu umírajících. Nemocný potřebuje kontakt a mít možnost být naslouchán. Je důležité zachovat důstojnost a akceptovat poslední přání pacienta. Komunikace by měla být otevřená a v individuálním přístupu, poskytnout umírajícímu dostatek prostoru pro otázky a zároveň zjistit o nemocném co nejvíce. (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 1995 s. 133-136)

V praxi u lůžka nemocného je sestra v neustálém kontaktu s pacientem. Péče o umírajícího a kontakt s jeho nejbližšími je pro ošetřující personál silně stresující. Z celého zdravotnického týmu je právě sestra nemocnému nejbližší. Spolupráce s těžce nemocným či umírajícím je často náročná a od sestry se očekává profesionální přístup- trpělivost, obětavost, laskavost a psychická i fyzická zdatnost. Komunikace je proto velice důležitý celek, který by měla každá sestra ovládat. V komunikaci nejde jen o slova, ale i o mimiku, gesta, pohyby a celkový přístup k nemocnému. Efektivní komunikace sestry a pacienta o průběhu hospitalizace, plánovaných vyšetřeních, postupu výkonů a vše co se odehrává mezi sestrou a pacientem, zvyšuje jeho větší uspokojení. V současné době sestra pracuje pod velkým fyzickým, psychickým a hlavně časovým nátlakem. To vše se odráží na funkčnosti komunikace jak verbální tak neverbální. V komunikaci s pacientem a jeho okolím je velmi důležité udržet své emoční projevy na profesionální úrovni.

V péči o umírající jde především o komplexní celek činností, na němž pracuje celý tým a proto by komunikace v týmu, měla být partnerská. Často se stává, že se pacient svěří s tím, co ho trápí, nikoliv sestře ani lékaři, ale sanitáři. Každý v týmu je důležitý. (Marková 2010 s. 36)

2.4.3 Rozdíly v péči o nemocné na chirurgickém a interním oddělení

2.4.3.1 Interní oddělení

„Interna je lékařský obor, který se specializuje na prevenci, diagnostiku a konzervativní léčbu vnitřních nemocí (nemocí vnitřních orgánů). K tomuto oboru patří znalosti onemocnění endokrinních žláz, cév, plic a srdce, trávicího traktu a krve tvořící tkáně a orgánů s ní souvisejících, onemocnění kloubů, metabolismu, imunologie, vnitřního prostředí a infekčních nemocí.“ (<http://obory.vitalion.cz/interna/>)

Z toho vyplývá, že práce sestry na lůžkovém interním oddělení spočívá především v poskytování komplexní ošetrovatelské péče. Objektivně hodnotí především celkový stav pacienta- fyziologické funkce, příjem a výdej tekutin, bolest a vědomí.

V anamnéze interních pacientů je charakteristická polymorbidita a chronicita onemocnění. Tzn.: vícečetnost onemocnění a jejich chronický průběh. Poměrně častý stav ve stáří např. ICHS, hypertenze, cukrovka, artróza.
(<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/polymorbidita>)

Léčba bolesti u interních nemocných je proto u polymorbidních pacientů komplikovaná. Věková kategorie hospitalizovaných je různorodá, ale mnohem častěji jsou hospitalizováni nemocní vyššího věku, z čehož je častá opakovaná hospitalizace. U starších pacientů se setkáváme s horší adaptabilitou, lidmi v těžkých emočních stavech a v mnohých případech s dezorientací nemocného. Pacienti jsou často hospitalizováni opakovaně, dlouhodobě, riziko imobilizačního syndromu je vysoké a tím i riziko smrti.

2.4.3.2 Chirurgické oddělení

Chirurgie je v dnešní době spíše obecný pojem, který v sobě obsahuje veliké množství specializovaných chirurgických oborů, zaměřujících se pouze na určité části těla, orgány a orgánové systémy. (<http://obory.vitalion.cz/chirurgie/>)

„Je to obor specifický tím, že převážná většina jím prováděných léčebných zákroků je konána mechanicky přímým zásahem do těla člověka (s porušením integrity jeho povrchu) a působením na tkáně a orgány rukama, buď přímo, nebo pomocí nějakého nástroje (tzv. krvavá medicína).“ (<http://obory.vitalion.cz/chirurgie/>)

Z toho vyplývá, že práce sestry na chirurgickém oddělení se od interního liší především v poskytování odborné péče, vycházející z porušené integrity kůže, dalších tkání a vstupních katétrů. Na chirurgickém oddělení je příčina většinou spojena s daným chirurgickým problémem Např.: operační rána, či zánět žlučníku.

Pro chirurgické oddělení jsou typické převazy operační či chronické rány, kontrola drénů, asistence lékaři při malých chirurgických výkonech a vyšetření. Předoperační příprava spočívá v důkladné edukaci pacienta sestrou, podáním premedikace a souborem ošetrovatelských činností s tím spojených. Pooperační péče je poskytována na pooperačních pracovištích pro pacienty v ohrožení základních životních funkcí, nebo pokud nejsou v ohrožení života na standardních lůžkových stanicích. V důsledku celkových anestezií a poruchy integrity tkání vznikají velká rizika s ohrožením života. Tato rizika nesou své zápory i v podobě následných

komplikací typické pro chirurgické obory. V ošetrovatelské péči jsou zde kladeny vysoké nároky na odbornost a znalost jednotlivých výkonů.

Zátěž emocionální, psychická či sociální v roli sestry je velice podobná s jinými typy pracovišť, ovšem každé má svá specifika co do složení pacientů, způsobu léčby a v poslední řadě zátěže ošetrovatelské péče.

2.4.4 Současné standardy ošetrovatelské péče

Standard ošetrovatelské péče, je soubor doporučení pro ošetrovatelský personál (všeobecné sestry, zdravotní asistenty, ošetřovatele, sanitáře a lékaře). V péči o umírající je zaměřen na poslední službu nemocným, u kterých se očekává zhoršení stavu s terminálním vyústěním v exitus.

Terminální stav- fáze onemocnění, kdy další výkony diagnostické a léčebné nevedou k prodloužení a zkvalitnění života a postupuje selhávání životních funkcí (dýchání, krevní oběh) směřující ke smrti.

Stručné shrnutí zásadních pravidel odborné směrnice:

- Na zajištění péče se podílí lékař a ošetrovatelský personál.
- Informace o zdravotním stavu pacienta sděluje lékař a to rodinně či osobám uvedeným v informovaném souhlasu.
- Cílem postupů zdravotnického personálu je zmírnění utrpení pacienta, eliminace bolesti a nepříjemných pocitů jako jsou žízeň, hlad, strach, úzkost apod.
- Úmrtí pacienta zjišťuje a konstatuje lékař na základě prohlídky zemřelého.
- Oznámení o úmrtí osobám blízkým zemřelému, sděluje vždy lékař.
- Na základě pokynů postupuje sestra při péči o mrtvé tělo. Je provedena očista, úprava a identifikace těla zemřelého a následující činnosti související s úmrtím.
- Lékař a sestra dále postupují dle pokynů při vyřizování úředních formalit. Je-li přáním rodiny informovat je telefonicky, provádí toto lékař. Sestra pomocí ústředny odesílá telegram rodině zemřelého.
- Má-li zemřelý pozůstalost, jedná sestra dle postupu při vyřizování pozůstalosti.

Kompletní znění odborné směrnice č. IIOS_5/2008-1 z Fakultní nemocnice Motol o umírající a mrtvé tělo je uvedeno v příloze této bakalářské práce.

Praktická část

3 Průzkum

3.1 Námět a průzkumný problém

Hlavní průzkumný problém je vliv umírání a smrti na psychiku zdravotních sester v péči o umírající a mrtvé tělo. V průzkumu jsem se zabývala třemi oblastmi na téma „Sestra a smrt pacienta“. Prozkoumávané oblasti jsem zmapovala pomocí dotazníkového šetření.

3.2 Cíle a hypotézy

Hlavní cíl práce

Porovnání psychické zátěže zdravotních sester v péči o umírající a mrtvé tělo na chirurgickém a interním pracovišti.

3.2.1 Dílčí cíl č. 1

Zjistit, jaký vliv má problematika umírání a smrti na psychiku a postoje zdravotních sester- respondentů.

Hypotéza č. 1

Předpokládám, že sestry na interních pracovištích budou psychickou zátěž v péči o umírající zvládat lépe než sestry z chirurgických pracovišť, protože pečují více o staré a chronicky nemocné a umírání je více přirozeným procesem konce života.

3.2.2 Dílčí cíl č. 2

Zjistit jak se sestry vyrovnávají s psychickou zátěží a zda mají k dispozici dostatečné množství informací k problematice umírání a smrti.

Hypotéza č. 2

Předpokládám, že sestry ventilují psychickou tenzi hned na pracovištích, dlouhodobě i v mimopracovních aktivitách a že mají k dispozici dostatečnou možnost vzdělávat se v oblasti umírání a smrti.

3.2.3 Dílčí cíl č. 3

Zjistit návrhy sester pro zlepšení práce s umírajícím.

Hypotéza č. 3

Předpokládám, že sestry znají možnosti zlepšení práce s umírajícím.

3.3 Metody a techniky průzkumu

Metodu průzkumu jsem zvolila formou dotazníku vlastní konstrukce. Dotazník obsahoval 23 otázek: 2 otevřené, 11 uzavřených, 9 polouzavřených a 1 polytomickou. Byl určený pro sestry pracující na standardním či ambulantním oddělení a na jednotkách intenzivní péče ve volném poměru. V úvodu dotazníku jsou použity 3 identifikační otázky. Další otázky jsou postavené k sledovaným cílům a hypotézám. Předpokládali jsme vzorek 100 respondentů, kterým byl dotazník osobně rozdán. Bylo rozdáno 50 dotazníků na interní pracoviště a 50 dotazníků na chirurgické pracoviště. Návratnost dosáhla 90% na interním pracovišti a 82% na chirurgickém pracovišti. Celková návratnost činila 86%. Průzkum probíhal v období srpen až říjen 2011.

3.4 Předmět průzkumu

Základním předmětem zkoumané problematiky jsou zdravotní sestry ve Fakultní nemocnici Motol v Praze, pracujících na chirurgických a interních pracovištích.

3.4.1 Pilotní šetření

„Pilotní studie prověřuje projekt po stránce věcné. Ověřuje zvolené otázky z hlediska obsahu, předvídá další průběh výzkumu, řeší problémy spojené s tazateli a se zvoleným vzorkem, sleduje přístup tazatelů k lidem“. (Kutnohorská, 2009 str. 54)

V přípravné fázi průzkumu bylo rozdáno 10 dotazníků na chirurgické oddělení a 10 dotazníků na interní oddělení z celkového počtu 100ks výzkumných dotazníků. Na vybraném vzorku respondentů jsem zhodnotila, zda mají návrhy na zlepšení obsahové formy dotazníku. Bylo zjištěno, že k obsahové formě nemají respondenti žádné návrhy. Pouze byla upravena formální stránka dotazníku, otázka č. 16, 22 a přidána otázka č. 17 na základě konzultanta bakalářské práce.

3.5 Charakteristika souboru respondentů

Soubor respondentů charakterizují identifikační otázky č. 1, 2 a 3. Dotazníky byly sčítány zvlášť z chirurgického pracoviště a zvlášť z interního pracoviště ve Fakultní nemocnici Motol.

1. Charakteristika respondentů podle vzdělání.

Tabulka č.1 Respondenti podle vzdělání.

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|-----------------------------------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Středoškolské | 15 | 33% | 19 | 46% | 34 | 40% |
| Vyšší odborná škola | 10 | 22% | 6 | 15% | 16 | 19% |
| Bakalářské | 8 | 18% | 9 | 22% | 17 | 20% |
| Magisterské | 1 | 2% | 1 | 2% | 2 | 2% |
| Pomaturitní postgraduální studium | 10 | 22% | 6 | 15% | 16 | 19% |
| Jiné | 1 | 2% | 0 | 0% | 1 | 1% |
| Celkem | 45 | 100% | 41 | 100% | 86 | 100% |

Na obou pracovištích interního a chirurgického oddělení uvedli nejčastěji respondenti jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské. Naopak nejméně zastoupené vzdělání bylo magisterské a to pouze 2% z celkového počtu.

2. Charakteristika respondentů podle pracoviště

Tabulka č. 2 Respondenti podle pracoviště.

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|-------------------------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Ambulance | 0 | 0% | 7 | 17% | 7 | 8% |
| Standartní oddělení | 17 | 38% | 17 | 41% | 34 | 40% |
| JIP, ARO | 23 | 51% | 16 | 39% | 39 | 45% |
| Více pracovišť současně | 5 | 11% | 1 | 2% | 6 | 7% |
| Celkem | 45 | 100% | 41 | 100% | 86 | 100% |

Vyplněné dotazníky od 86 respondentů přišly z 3 základních pracovišť.

Vysvětlivky: JIP- Jednotka intenzivní péče

ARO- Anesteziologicko resuscitační oddělení

Následující charakteristikou jsou zobrazeni respondenti podle druhu pracoviště zpracované v tabulce č. 2. Nejčastěji zastoupenými pracovišti bylo standardní oddělení tj. 40% a jednotka intenzivní péče tj. 45%. Někteří respondenti uvedli více pracovišť současně a malá část

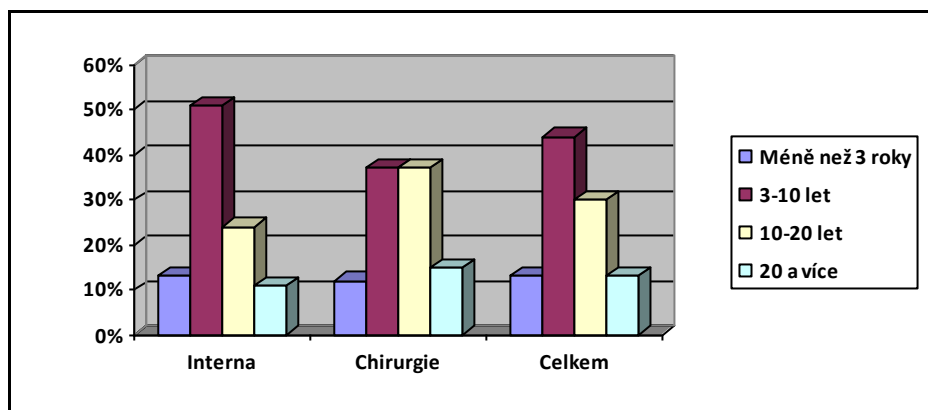
respondentů pracuje na ambulanci. Na ambulantní část byl záměrně rozdán nízký počet dotazníků, z důvodu minimálního kontaktu sestry s umírajícím pacientem.

3. Charakteristika respondentů podle délky praxe.

Tabulka č. 3 Respondenti podle délky praxe.

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|-----------------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Méně než 3 roky | 6 | 13% | 5 | 12% | 11 | 13% |
| 3-10 let | 23 | 51% | 15 | 37% | 38 | 44% |
| 10-20 let | 11 | 24% | 15 | 37% | 26 | 30% |
| 20 a více | 5 | 11% | 6 | 15% | 11 | 13% |
| Celkem | 45 | 100% | 41 | 100% | 86 | 100% |

Graf č. 3 Respondenti podle délky praxe.



Tabulka č. 3 znázorňuje přibližnou délku praxe respondentů. Z celkového počtu tvořili největší skupinu respondenti na obou pracovištích sestry s praxí 3-10 let. Druhou skupinou z celkového počtu byly sestry s praxí 10-20 let. Nejpočetnější skupina respondentů tj. 51% byly sestry s praxí 3-10 let na interním oddělení.

3.6 Analýza a interpretace výsledků

Hypotéza č. 1

Předpokládám, že sestry na interních pracovištích budou psychickou zátěží v péči o umírající zvládat lépe než sestry z chirurgických pracovišť, protože pečují více o staré a chronicky nemocné a umírání je více přirozeným procesem konce života.

K hypotéze číslo 1 jsou přiřazené otázky číslo 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 15 a 16.

4. Četnost setkání respondentů s umíráním a smrtí na současném pracovišti.

Tabulka č. 4

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|---------------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Týdně 2-3 x | 1 | 2% | 0 | 0% | 1 | 1% |
| Měsíčně 2-3 x | 27 | 60% | 13 | 32% | 40 | 47% |
| Ročně 2-3 x | 13 | 29% | 13 | 32% | 26 | 30% |
| Ojedinele | 3 | 7% | 14 | 34% | 17 | 20% |
| Vůbec | 0 | 0% | 1 | 2% | 1 | 1% |
| Více možností | 1 | 2% | 0 | 0% | 1 | 1% |
| Celkem | 45 | 100% | 41 | 100% | 86 | 100% |

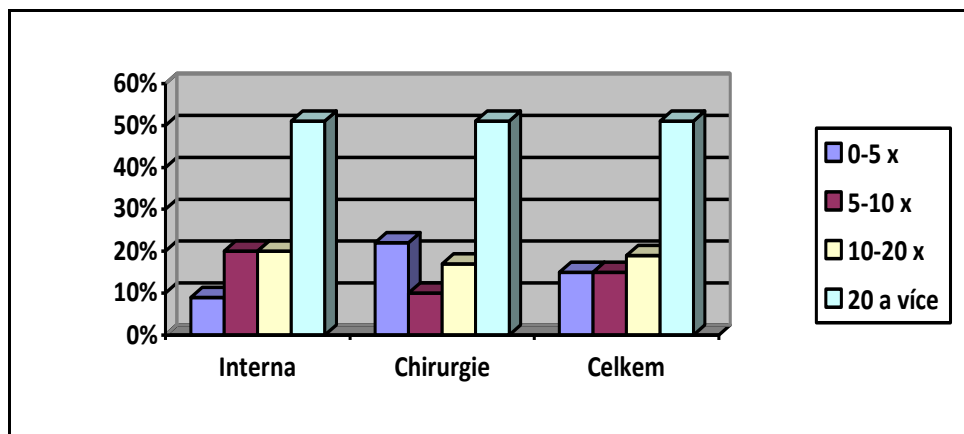
Tabulka č. 4 znázorňuje četnost setkání s úmrtím a smrtí. V porovnání je vidět, že nejčastěji se respondenti setkávají s úmrtím a smrtí 2x-3x do měsíce. Na interním pracovišti je tato četnost téměř o 30% vyšší než na chirurgickém pracovišti tj. celkem 60% respondentů. Naopak respondenti na chirurgickém pracovišti uvádějí v 34%, že se s úmrtím a smrtí setkávají ojediněle a pouze 7% respondentů toto uvádí na interním pracovišti. Z odpovědí je patrné, že sestry na interním pracovišti se s umíráním a smrtí setkávají mnohem častěji než sestry z chirurgických pracovišť.

5. Počet výskytu úmrtí v dosažené praxi respondentů.

Tabulka č. 5

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|-----------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| 0-5 x | 4 | 9% | 9 | 22% | 13 | 15% |
| 5-10 x | 9 | 20% | 4 | 10% | 13 | 15% |
| 10-20 x | 9 | 20% | 7 | 17% | 16 | 19% |
| 20 a více | 23 | 51% | 21 | 51% | 44 | 51% |
| Celkem | 45 | 100% | 41 | 100% | 86 | 100% |

Graf č. 5



Graf č. 5 znázorňuje četnost setkání respondentů s úmrtím pacienta v dosažené praxi. Více jak 50% tj. 44 respondentů, kteří odpověděli, že se s úmrtím setkali více než 20x, má 29 respondentů praxi delší než 10 let. Výskyt 0-10 úmrtí udávalo 24 respondentů s praxí pod 10 let, přičemž odpovědělo v této skupině celkem 26 respondentů.

6. Psychická zátěž respondentů při péči o pacienta v terminálním stádiu.

Tabulka č. 6a

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|-----------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Zvládám | 39 | 87% | 39 | 95% | 78 | 91% |
| Nezvládám | 6 | 13% | 2 | 5% | 8 | 9% |
| Celkem | 45 | 100% | 41 | 100% | 86 | 100% |

V tabulce č. 6a je zaznamenáno, zda respondenti zvládají po psychické stránce péči o pacienta v terminálním stádiu. Z výsledku je vidět, že u těchto pacientů sestry na chirurgickém pracovišti zvládají péči lépe než sestry z interních pracovišť.

Tabulka č. 6b

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|------------------------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Negativní pocity | 1 | 17% | 2 | 100% | 3 | 38% |
| Změny chování | 4 | 67% | | 0% | 4 | 50% |
| Psychosomatické potíže | 1 | 17% | | 0% | 1 | 13% |
| Celkem | 6 | 100% | 2 | 100% | 8 | 100% |

Pouze 9% tj. 8 respondentů udávalo psychické potíže znázorněné v tabulce č. 6b. Nejčastější psychická zátěž byla udávána změna v chování u 4 respondentů tj. 67% a to respondenty z interního pracoviště.

7. Verbální komunikace respondentů při péči o pacienta v terminálním stádiu onemocnění.

Tabulka č. 7

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|--|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Bez problémů | 38 | 84% | 33 | 80% | 71 | 83% |
| Navazuji kontakt, ale nevím jak komunikovat. | 2 | 4% | 3 | 7% | 5 | 6% |
| Raději oslovuji rodinu. | 1 | 2% | 0 | 0% | 1 | 1% |
| Komunikuji minimálně. | 4 | 9% | 5 | 12% | 9 | 10% |
| Jinak | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Celkem | 45 | 100% | 41 | 100% | 86 | 100% |

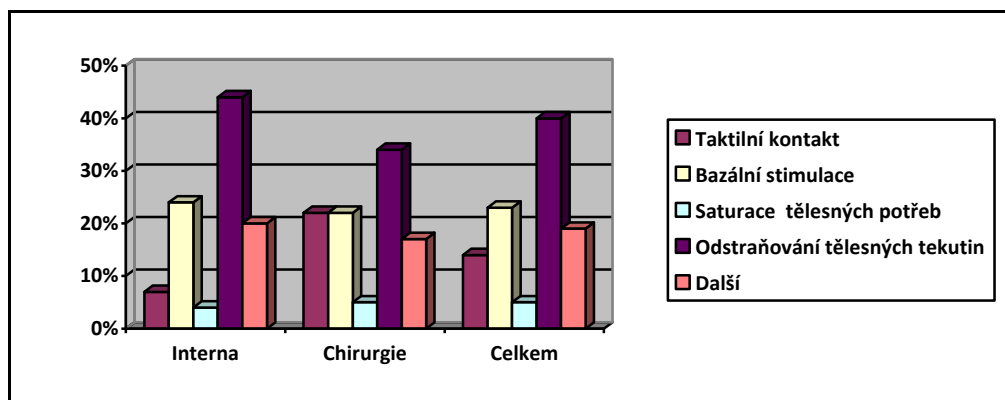
Rozdíly při verbální komunikaci respondentů s pacientem na interním a chirurgickém pracovišti jsou minimální. Verbální komunikace bez problémů jde lehce ve prospěch sester na interních odděleních.

8. Největší potíže v neverbální komunikaci.

Tabulka č. 8

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|---------------------------------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Taktilní kontakt | 3 | 7% | 9 | 22% | 12 | 14% |
| Bazální stimulace | 11 | 24% | 9 | 22% | 20 | 23% |
| Saturace tělesných potřeb. | 2 | 4% | 2 | 5% | 4 | 5% |
| Odstraňování tělesných tekutin. | 20 | 44% | 14 | 34% | 34 | 40% |
| Další | 9 | 20% | 7 | 17% | 16 | 19% |
| Celkem | 45 | 100% | 41 | 100% | 86 | 100% |

Graf č. 8



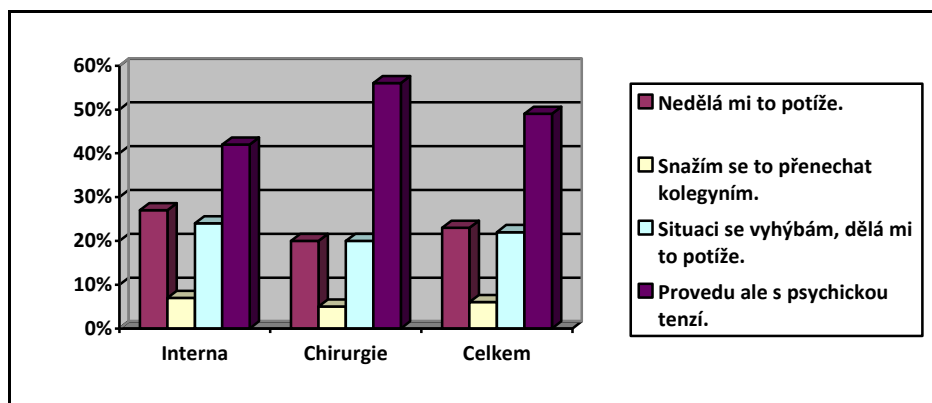
Největší potíží v neverbální komunikaci respondentů s pacientem je odstraňování tělesných tekutin celkem 40%. Tento výsledek převažoval o 10% u respondentů na interních pracovištích. Na druhém místě činí problém v neverbální komunikaci bazální stimulace, následuje taktilní kontakt a v minimálním počtu 5% saturace tělesných potřeb.

9. Přístup respondentů k předávání pozůstalosti, rodině a blízkým.

Tabulka č. 9

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|--|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Nedělá mi to potíže. | 12 | 27% | 8 | 20% | 20 | 23% |
| Snažím se to přenechat kolegyním. | 3 | 7% | 2 | 5% | 5 | 6% |
| Situaci se vyhýbám, dělá mi to potíže. | 11 | 24% | 8 | 20% | 19 | 22% |
| Provedu ale s psychickou tenzí. | 19 | 42% | 23 | 56% | 42 | 49% |
| Celkem | 45 | 100% | 41 | 100% | 86 | 100% |

Graf č. 9



Téměř polovina sledovaných respondentů přiznala, že předávání pozůstalosti blízkým a rodinným příslušníkům jim přináší psychickou tenzi a nejistotu, zvláště na chirurgických pracovištích tj. 56% nebo se této situaci vyhýbají tj. 28%. Pouze 20% respondentů na chirurgickém pracovišti uvedlo, že jim předávání pozůstalosti nedělá problém a o 7% více nemá s předáváním problém na interním pracovišti.

Větší psychickou zátěž prožívají respondenti na chirurgických pracovištích, viz tabulka č. 9.

10. Jakým způsobem přemýšlejí respondenti o posmrtném životě, v případě, že nad ním přemýšlejí.

Tabulka č. 10a.

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|---------------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Přemýšlel/a | 24 | 53% | 26 | 63% | 50 | 58% |
| Nepřemýšlel/a | 21 | 47% | 15 | 37% | 36 | 42% |
| Celkem | 45 | 100% | 41 | 100% | 86 | 100% |

Z tabulky 10a je patrné, že respondenti na chirurgickém pracovišti přemýšlejí více o posmrtném životě než respondenti z interních pracovišť.

Tabulka č. 10b.

| | Interna | Chirurgie |
|-----------------------------------|---------|-----------|
| | Počet | Počet |
| Reinkarnace | 3 | 5 |
| Jiný život | 1 | 1 |
| Člověk za člověka, zvíře za zvíře | 3 | 0 |
| Převtělení | 1 | 1 |
| Světlo, ráj | 1 | 0 |
| Duše jako koule | 0 | 1 |
| Posmrtný život není | 1 | 0 |
| Celkem | 10 | 8 |

Jen malá skupina, 18 respondentů, uvedla, jakým způsobem přemýšlí o posmrtném životě, z toho 8 respondentů udávalo jako nejčastější formu posmrtného života reinkarnaci či jiný život, což je znázorněno v tabulce č. 10b.

11. Náboženské vyznání respondentů.

Tabulka č. 11

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|-------------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Křesťanství | 18 | 40% | 11 | 27% | 29 | 34% |
| Budhismus | 0 | 0% | 1 | 2% | 1 | 1% |
| Jiné | 27 | 60% | 29 | 71% | 56 | 65% |
| Celkem | 45 | 100% | 41 | 100% | 86 | 100% |

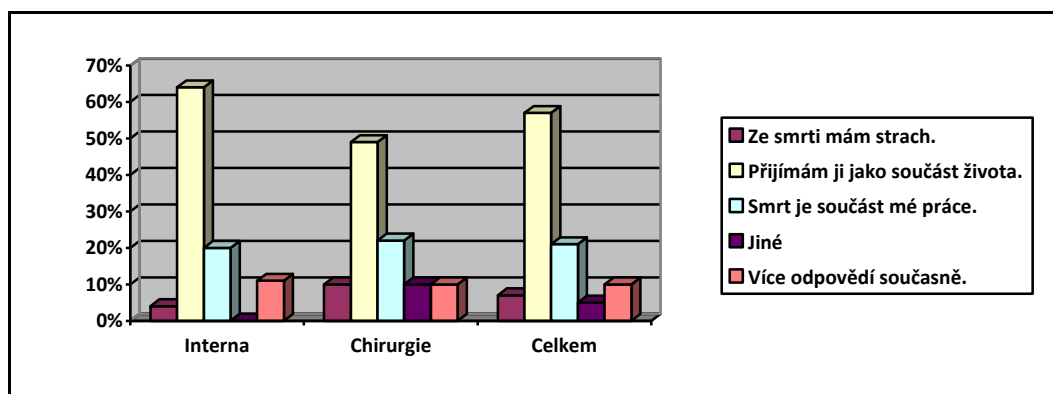
Tabulka č. 11 zobrazuje náboženské vyznání respondentů. Křesťanství uvedlo celkem 34% respondentů s převahou na interním pracovišti. Největší skupina respondentů uvedla jiné vyznání tj. celkem 65%, kam byli zařazeni i ateisté.

12. Postoj respondentů ke smrti a umírání.

Tabulka č. 12

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|----------------------------------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Ze smrti mám strach. | 2 | 4% | 4 | 10% | 6 | 7% |
| Přijímám ji jako součást života. | 29 | 64% | 20 | 49% | 49 | 57% |
| Smrt je součást mé práce. | 9 | 20% | 9 | 22% | 18 | 21% |
| Jiné | 0 | 0% | 4 | 10% | 4 | 5% |
| Více odpovědí současně. | 5 | 11% | 4 | 10% | 9 | 10% |
| Celkem | 45 | 100% | 41 | 100% | 86 | 100% |

Graf č. 12



Tabulka č. 12 zobrazuje postoj respondentů ke smrti a umírání. Smrt jako součást života přijímá 64% respondentů na interním pracovišti v korelaci s délkou ošetrovatelské praxe, z nichž 10 respondentů má praxi delší než 10 let.

Na chirurgickém pracovišti přijímá smrt jako součást života méně respondentů tj. 49% z toho více jak polovina má praxi delší než 10 let. Nejmenší strach ze smrti mají respondenti z interního pracoviště pouze 4%.

13. Pomoc a zájem okolí v oblasti psychické zátěže respondentů při setkání se smrtí.

Tabulka č. 13a

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|---------------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Zájem okolí | 19 | 42% | 13 | 32% | 32 | 37% |
| Nezájem okolí | 26 | 58% | 28 | 68% | 54 | 63% |
| Celkem | 45 | 100% | 41 | 100% | 86 | 100% |

V tabulce č. 13a je znázorněno, zda měl někdo zájem o pocity respondentů při setkání se smrtí. Více jak polovina tj. 63% respondentů na obou pracovištích odpovědělo, že nebyl v okolí zájem o jejich pocity.

Tabulka č. 13b

| | Interna | Chirurgie |
|------------------|---------|-----------|
| | Počet | Počet |
| Přátelé, Rodina. | 11 | 8 |
| Psycholog | 2 | 0 |
| Supervize | 1 | 0 |
| Kolegyně | 2 | 1 |
| Studenti | 1 | 0 |
| Škola | 1 | 0 |
| Celkem | 18 | 9 |

Tabulka č. 13b znázorňuje v počtu 27 odpovědí respondentů, kdo měl v okolí zájem o jejich pocity při setkání s úmrtím.

Shrnutí a závěr k cíli a hypotéze č. 1

Předpokládala jsem, že sestry na interních pracovištích budou psychickou zátěž v péči o umírající zvládat lépe než sestry na chirurgických pracovištích.

Četnost umírání na interním pracovišti je z dostupného průzkumu mnohem vyšší než na chirurgickém pracovišti. S podobným výsledkem se setkáváme i u počtu výskytu úmrtí v dosažené praxi respondentů, která je opět vyšší na interním pracovišti viz tabulka č. 5. Na interních pracovištích udávají respondenti v 64% postoj ke smrti jako součást života a na chirurgických pracovištích přijímá tento postoj 49% respondentů. Větší strach ze smrti mají respondenti na chirurgických pracovištích. Průzkum ukazuje, že sestry na chirurgických pracovištích zvládají po psychické stránce péči o pacienta v terminálním stádiu o něco lépe, než sestry na interních pracovištích viz tabulka č. 6. Tabulka č. 7 zobrazuje problematiku v oblasti verbální komunikace mezi respondenty a nemocnými, z jejichž výsledků vyplývá, že sestry na interních pracovištích zvládají komunikaci s nemocným o trochu lépe než sestry z chirurgických pracovišť. V neverbální komunikaci bylo nejčastějším problémem odstraňování tělesných tekutin u obou pracovišť, viz tabulka č. 8. Překvapilo mne zjištění, že při předávání pozůstalosti rodinám a blízkým, prožívají respondenti na obou pracovištích vysokou psychickou tenzi, s větší převahou na chirurgickém pracovišti tj. o 14%.

Závěrem lze říci, že hypotéza č. 1 byla částečně potvrzena.

Hypotéza č. 2

Předpokládám, že sestry ventilují psychickou tenzi hned na pracovištích, dlouhodobě i v mimopracovních aktivitách a že mají k dispozici dostatečnou možnost vzdělávat se v oblasti umírání a smrti.

K hypotéze č. 2 jsou přiřazeny otázky č.: 10, 17, 18, 19, 20 a 22.

14. Názory respondentů, na schopnost rozeznat jednotlivé fáze umírání.

Tabulka č. 14a.

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|-------------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Schopen/a | 19 | 42% | 15 | 37% | 34 | 40% |
| Neschopen/a | 26 | 58% | 26 | 63% | 52 | 60% |
| Celkem | 45 | 100% | 41 | 100% | 86 | 100% |

Tabulka č. 14b.

| | Interna | Chirurgie |
|------------------------------------|---------|-----------|
| | Počet | Počet |
| Ano, byly popsány jednotlivé fáze. | 4 | 1 |
| Ano, ale nedokáží fáze popsat. | 13 | 11 |
| Pouze některé fáze. | 2 | 3 |
| Celkem | 19 | 15 |

V tabulce č. 14a je znázorněno, zda jsou respondenti schopni rozeznat jednotlivé fáze umírání. V téměř 60% na obou pracovištích uváděli, že nejsou schopni rozeznat jednotlivé fáze umírání a 40% respondentů uvedlo, že jsou schopni jednotlivé fáze rozeznat. Je zajímavé, že znalost jednotlivých fází potvrdilo 34 respondentů, z toho pouze 5 respondentů na obou pracovištích bylo schopno fáze popsat, viz tabulka č. 14b.

15. Jak a s kým ventilují respondenti psychickou tenzi při umírání a smrti.

Tabulka č. 15

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|--------------------------------------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Komunikuji se svými spolupracovníky. | 15 | 38% | 15 | 42% | 30 | 39% |
| Komunikuji doma se svou rodinou. | 4 | 10% | 1 | 3% | 5 | 7% |
| Vyhledávám a komunikuji s přáteli. | 4 | 10% | 2 | 6% | 6 | 8% |
| Jinak. | 4 | 10% | 5 | 14% | 9 | 12% |
| Více odpovědí současně. | 13 | 33% | 13 | 36% | 26 | 34% |
| Celkem | 40 | 100% | 36 | 100% | 76 | 100% |

U otázky č. 17, kterou znázorňuje tabulka č. 15, bylo 10 dotazníků součástí pilotního šetření, proto je zde uveden celkový počet respondentů 76.

Nejčastěji ventilují respondenti psychickou tenzi při umírání a smrti verbálně přímo na pracovišti se svými spolupracovníky. Na druhém místě uváděli respondenti více možností současně. U možnosti jinak uváděli nejčastěji respondenti jiné činnosti, kterými ventilují svoji psychickou tenzi např.: muzika, samota či autogenní trénink. Jelikož je častá komunikace bezprostředně na pracovišti, komunikace v rámci rodiny či přátel je minimální.

16. Bližší zájem respondentů o téma umírání a smrt.

Tabulka č. 16a.

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|---------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Zájem | 18 | 40% | 14 | 34% | 32 | 37% |
| Nezájem | 27 | 60% | 27 | 66% | 54 | 63% |
| Celkem | 45 | 100% | 41 | 100% | 86 | 100% |

Tabulka č. 16b

| | Interna | Chirurgie |
|-------------------------------|---------|-----------|
| | Počet | Počet |
| Nástup do zaměstnání. | 3 | 3 |
| Puberta | 1 | 1 |
| Již za dob studia. | 4 | 6 |
| Celý život. | 1 | 0 |
| Od dětství. | 1 | 0 |
| Při prožívání vlastní nemoci. | 0 | 1 |
| Úmrtí v rodině | 0 | 1 |
| Celkem | 10 | 12 |

Z celkového počtu 86 respondentů odpovědělo 32 dotázaných kladně a pouze 22 respondentů uvedlo odpověď v doplňující části otázky, viz tabulka č. 16b.

Bližší zájem respondentů ukazuje nadpoloviční nezájem o téma umírání a smrt a to v 63%. Kladně se v zájmu o téma umírání a smrt vyjádřilo pouze 37% respondentů a tento zájem potvrdili především v době studia a nástupu do zaměstnání.

Rozdíly v odpovědích respondentů z chirurgického a interního pracoviště jsou minimální s mírnou převahou kladného vyjádření na interním pracovišti.

17. Zájem respondentů na možnost zúčastnit se semináře na téma umírání a smrt.

Tabulka č. 17

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|-----------------------------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Ano, toto téma mě zajímá. | 2 | 4% | 3 | 7% | 5 | 6% |
| Ano | 15 | 33% | 16 | 39% | 31 | 36% |
| Ne, toto téma nevyhledávám. | 16 | 36% | 7 | 17% | 23 | 27% |
| Ne | 12 | 27% | 15 | 37% | 27 | 31% |
| Celkem | 45 | 100% | 41 | 100% | 86 | 100% |

Tabulka č. 17 znázorňuje zájem respondentů na možnost zúčastnit se seminářů na téma umírání a smrt. Větší zájem o semináře je zřetelnější na chirurgickém pracovišti tj. 46% a na interním pracovišti pouze 37%. Pouze 42% z obou pracovišť mělo možnost zúčastnit se semináře.

18. Iniciativa sester na účasti seminářů, v oblasti umírání a smrti.

Tabulka č. 18

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|--------------------------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Moje vlastní iniciativa. | 11 | 69% | 13 | 68% | 24 | 69% |
| Přihlásil mě nadřízený. | 5 | 31% | 6 | 32% | 11 | 31% |
| Toto téma mě nezajímá. | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Celkem | 16 | 100% | 19 | 100% | 35 | 100% |

V tabulce č. 18 jsou znázorněni respondenti, kteří odpovídali v předcházející otázce kladně, viz tabulka č. 17 a to v počtu 41 respondentů. Tabulka č. 18, znázorňuje odpovědi pouze 35 respondentů, jelikož ostatní odpověď neuvedli.

Z těch respondentů, kteří měli možnost zúčastnit se semináře, uvedlo téměř 70% na obou pracovištích, že to byla jejich vlastní iniciativa. Zbývajících počet respondentů přihlásil nadřízený.

19. Způsoby kompenzace psychické zátěže mimo pracoviště.

Tabulka č. 19

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|-------------------------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Sportovní aktivity | 7 | 18% | 7 | 19% | 14 | 18% |
| Odpočinek | 5 | 13% | 2 | 6% | 7 | 9% |
| Jídlo a pití | | 0% | | 0% | | 0% |
| Volnočasové zájmy | 9 | 23% | 4 | 11% | 13 | 17% |
| Jinak | 9 | 23% | 9 | 25% | 18 | 24% |
| Více odpovědí současně. | 10 | 25% | 14 | 39% | 24 | 32% |
| Celkem | 40 | 100% | 36 | 100% | 76 | 100% |

U otázky číslo 22, bylo 10 dotazníků součástí pilotního šetření, proto je zde uveden celkový počet respondentů 76.

Jako kompenzaci psychické tenze při vyrovnání se s úmrtím a smrtí uváděli respondenti nejčastěji více odpovědí současně. Jako druhý nejčastější způsob kompenzace uváděli respondenti možnost jinak. V této možnosti převažovala odpověď respondentů: nemám psychickou tenzi a s úmrtím se nesetkávám. A jako další např.: četba, alkohol a hudba.

Shrnutí a závěr k hypotéze a cíli č. 2

Předpokládala jsem, že sestry ventilují psychickou tenzi hned na pracovištích, dlouhodobě i v mimopracovních aktivitách a že mají k dispozici dostatečnou možnost k vzdělávání se v oblasti umírání a smrti.

Tabulka č. 15 znázorňuje, jak a s kým ventilují respondenti psychickou tenzi při péči o pacienta v terminálním stádiu a úmrtí. Z výsledků se potvrdilo, že sestry ventilují psychickou tenzi přímo na pracovišti a to nejčastěji se svými spolupracovníky. Menší skupina respondentů ventiluje psychickou tenzi mimo pracoviště, nejvíce s přáteli. V průzkumu kompenzace psychické tenze uváděli respondenti jako dlouhodobé mimopracovní aktivity sport, odpočinek, volnočasové aktivity a nejčastěji více těchto aktivit současně tj. 32% viz tabulka č. 19.

V tabulce č. 17 je znázorněno, zda respondenti měli možnost zúčastnit se seminářů k tématu umírání. Možnost zúčastnit se mělo pouze 42% respondentů, 27% se nezúčastnilo, jelikož nemá o téma umírání zájem a 31% respondentů odpovědělo, že nemělo možnost zúčastnit se semináře. Pokud se respondenti semináře zúčastnili, byla to především jejich vlastní iniciativa. Nutno ovšem připomenout, že v tomto případě, kdy respondenti absolvovali seminář z vlastní iniciativy, jich bylo pouze 24, z celkového počtu 86 viz tabulka č. 17. Zarážející je poměrně vysoký nezájem respondentů o téma umírání viz tabulka č. 16, kde respondenti v 63% odpovídali, že nemají zájem o toto téma. Průzkum v oblasti vzdělání ukázal nedostatky v oblasti rozeznání jednotlivých fází umírání, kdy respondenti ve velké většině nedokážou jednotlivé fáze rozeznat, viz tabulka č. 14.

Z těchto výsledků bylo zjištěno, že sestry nemají dostatečnou možnost vzdělávat se v oblasti umírání a smrti a zájem respondentů o toto téma je značně záporný.

Závěrem lze říci, že hypotéza č. 2 byla částečně potvrzena.

Hypotéza č. 3

Předpokládám, že sestry znají možnosti zlepšení práce s umírajícím.

K hypotéze č. 3 jsou přiřazeny otázky č.: 11, 12, 13, 21 a 23.

20. Názory respondentů na právo rozhodování pacienta o nerozšiřování terapie.

Tabulka č. 20a

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|------------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Má právo | 42 | 93% | 34 | 83% | 76 | 88% |
| Nemá právo | 2 | 4% | 2 | 5% | 4 | 5% |
| Jinak | 1 | 2% | 5 | 12% | 6 | 7% |
| Celkem | 45 | 100% | 41 | 100% | 86 | 100% |

Tabulka č. 20b znázorňuje doplňující část otázky č. 11.

| Interna | Počet |
|--|-------|
| Má, ale v praxi to nefunguje. | 1x |
| Chirurgie | |
| Ano, pokud to nikam nevede. | 1x |
| Nevím, jednoznačně ne, v dnešní době. | 1x |
| Jednoznačně si nejsem jistá. | 1x |
| Neví. | 1x |
| Má rozhodovat odborník, pacient pouze o své smrti. | 1x |

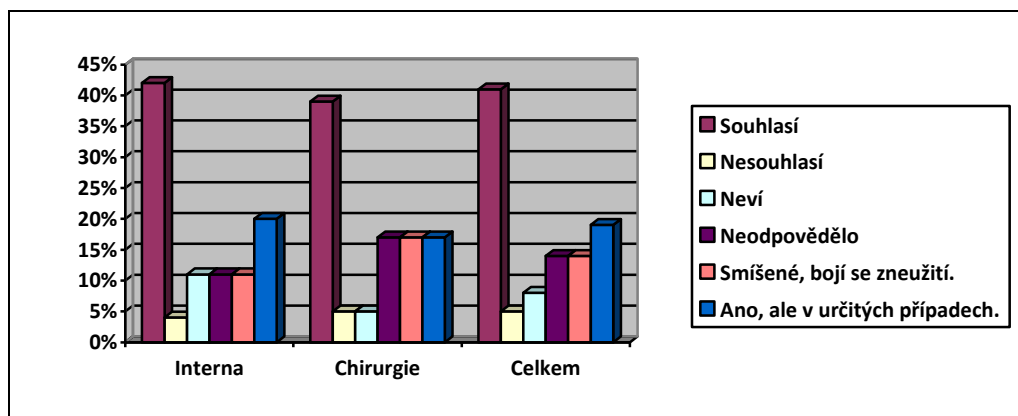
Tabulka č. 20a jasně zobrazuje odpovědi respondentů na nerozšiřování terapie, kdy překvapivě téměř 90% udává názor, že pacient má právo na rozhodování o nerozšiřování vlastní terapie.

21. Názory respondentů na eutanázii.

Tabulka č. 21

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|--------------------------------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Souhlasí | 19 | 42% | 16 | 39% | 35 | 41% |
| Nesouhlasí | 2 | 4% | 2 | 5% | 4 | 5% |
| Neví | 5 | 11% | 2 | 5% | 7 | 8% |
| Neodpovědělo | 5 | 11% | 7 | 17% | 12 | 14% |
| Smíšené, bojí se zneužití. | 5 | 11% | 7 | 17% | 12 | 14% |
| Ano, ale v určitých případech. | 9 | 20% | 7 | 17% | 16 | 19% |
| Celkem | 45 | 100% | 41 | 100% | 86 | 100% |

Graf č. 21



Graf č. 21 znázorňující názory respondentů ukazuje ve více jak 40% jasný souhlas s eutanázií a 20% souhlas za určitých podmínek, jejichž určení nebylo součástí otázky. Důležité je upozornit, že pouze 5% z celkového počtu nesouhlasí.

22. Názory respondentů na zviditelnění tématu umírání a smrti v profesi zdravotní sestry.

Tabulka č. 22a.

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|-----------------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Ano, je potřeba | 17 | 38% | 20 | 49% | 37 | 43% |
| Není potřeba | 28 | 62% | 21 | 51% | 49 | 57% |
| Celkem | 45 | 100% | 41 | 100% | 86 | 100% |

Tabulka č. 22b znázorňuje doplňující část otázky č. 21.

| | Interna | Chirurgie |
|-----------------------|---------|-----------|
| | Počet | Počet |
| Seminář | 6 | 9 |
| Větší kontakt rodiny. | 1 | 1 |
| Již při studiu. | 0 | 1 |
| Celkem | 7 | 11 |

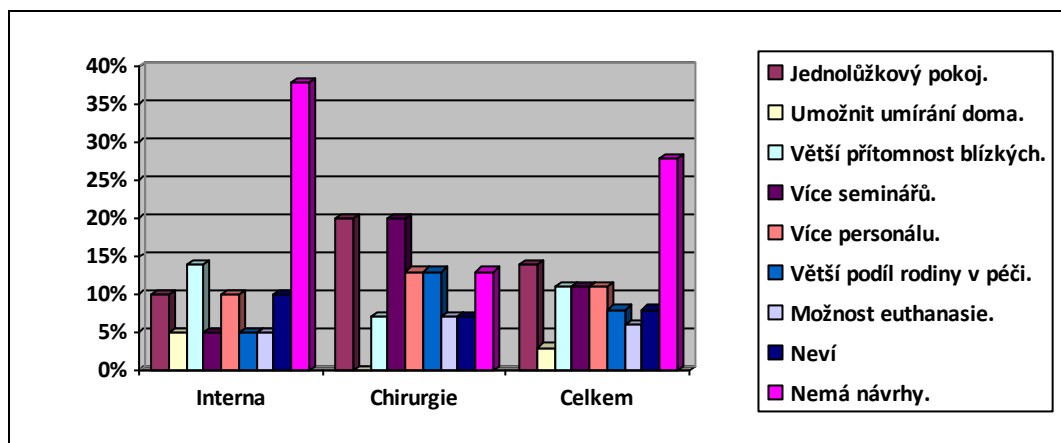
Názory respondentů na to, zda je potřeba zviditelnit téma umírání a smrti, je znázorněné v tabulce č. 22a. Sestry na chirurgických pracovištích mají větší zájem o zviditelnění tohoto tématu oproti sestrám z interních pracovišť. Celkově převládá názor, že toto téma není potřeba více zviditelnit.

23. Návrhy respondentů pro zlepšení práce s pacientem v terminálním stadiu.

Tabulka č. 23

| | Interna | | Chirurgie | | Celkem | |
|----------------------------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Jednolůžkový pokoj. | 2 | 10% | 3 | 20% | 5 | 14% |
| Umožnit umírání doma. | 1 | 5% | 0 | 0% | 1 | 3% |
| Větší přítomnost blízkých. | 3 | 14% | 1 | 7% | 4 | 11% |
| Více seminářů. | 1 | 5% | 3 | 20% | 4 | 11% |
| Více personálu. | 2 | 10% | 2 | 13% | 4 | 11% |
| Větší podíl rodiny v péči. | 1 | 5% | 2 | 13% | 3 | 8% |
| Možnost eutanázie. | 1 | 5% | 1 | 7% | 2 | 6% |
| Neví | 2 | 10% | 1 | 7% | 3 | 8% |
| Nemá návrhy. | 8 | 38% | 2 | 13% | 10 | 28% |
| Součet | 21 | 100% | 15 | 100% | 36 | 100% |

Graf č. 23



Tabulka č. 23 zobrazuje 36 odpovědí na návrhy pro zlepšení péče s umírajícím z celkového počtu 86 respondentů. Z tohoto malého počtu odpovědí tj. 13 respondentů nevědělo či nemělo návrhy. Celkem 58% respondentů z celkového počtu se k návrhům vůbec nevyjádřilo.

Z uvedených návrhů pro zlepšení péče s umírajícím převažoval názor na možnost jednolůžkového pokoje. Dalšími návrhy byla větší spolupráce a přítomnost rodiny nemocného a ve stejném počtu tj. 11% více seminářů a personálu.

Shrnutí a závěr k hypotéze a cíli č. 3

Předpokládala jsem, že sestry znají možnosti zlepšení práce s umírajícím. V teoretické části jsem se zabývala tématem dystanázie a eutanázie. S velmi překvapivým výsledkem jsem se setkala ve fázi, kdy jsem se ptala respondentů, zda má pacient právo rozhodovat o nerozšiřování své terapie. Názory na obou pracovištích jsou téměř shodné a ve velice vysokém počtu celkem 88% respondenti souhlasí s tím, že pacient má právo na rozhodnutí o nerozšiřování své terapie. Velmi podobně na tom byl průzkum v oblasti eutanázie. Názory pro eutanázii jsou v celkem 60% kladné a respondenti s eutanázií souhlasí, z toho 19% souhlasí za určitých podmínek. Pouze 5% respondentů nesouhlasí s eutanázií.

Tabulka č. 22 zobrazuje názor respondentů na větší zviditelnění tématu umírání a smrt. Daleko větší zájem téměř 50% mají sestry na chirurgických pracovištích a to formou seminářů. Celkový názor respondentů je, že není potřeba téma více zviditelnit.

V poslední otázce dotazníku jsem se ptala na návrhy respondentů pro zlepšení péče s pacientem v terminálním stádiu. Návrhy podalo 36 respondentů z toho 13, neví či nemá žádné návrhy. Přesto jsem získala v 64% z těch, kteří na otázku č. 23 odpověděli, návrhy na zlepšení péče. Nejčastějším návrhem v péči o umírající byl jednolůžkový pokoj, větší přítomnost blízkých a jejich spolupráce, více seminářů a personálu.

Závěrem lze říci, že hypotéza č. 3 byla potvrzena.

3.7 Výsledky výzkumu - Diskuse

Hlavní cíl práce.

Porovnání psychické zátěže zdravotních sester v péči o umírající a mrtvé tělo na chirurgickém a interním pracovišti.

Hypotéza č. 1

Předpokládám, že sestry na interních pracovištích budou psychickou zátěž v péči o umírající zvládat lépe než sestry z chirurgických pracovišť, protože pečují více o staré a chronicky nemocné a umírání je více přirozeným procesem konce života.

Z vybraných otázek a odpovědí je zřejmé, že na interním pracovišti se respondenti setkávají s umíráním a smrtí častěji než na chirurgickém pracovišti. S tím souvisí schopnost rozeznat jednotlivé fáze umírání, kde ve vyšším počtu odpovídají kladně sestry z interního pracoviště, které jsou v daleko častějším kontaktu s umírajícími. Z výsledků vyplývá, že po psychické stránce zvládají péči o pacienta v terminálním stádiu lépe sestry na chirurgických pracovištích. To přisuzuji menšímu počtu umírajících a zemřelých. Pостоje sester na interních pracovištích ovšem ukazují, že více přijímají smrt, jako součást života oproti sestrám z chirurgických pracovišť. Tyto postoje jsou dle mého názoru dány tím, že na interních pracovištích se sestry častěji setkávají s úmrtím starších a dlouhodobě nemocných a smrt je tím více přirozenějším procesem konce života. Na chirurgických pracovištích se sestry naopak více setkávají s náhlou smrtí spojenou s úmrtím mladšího pacienta. V problematice týkající se komunikace s nemocným a jeho rodinou byla průzkumem zjištěna lepší spolupráce sester z interního oddělení.

Celkově lze říci, že sestry z chirurgického pracoviště zvládají péči po psychické stránce o umírajícího a dlouhodobě nemocného lépe, než sestry z interního pracoviště, pravděpodobně v důsledku nižší úmrtnosti a menšího kontaktu s umírajícími. Sestry na interních pracovištích naopak zvládají lépe předávání pozůstalosti a komunikaci s nemocnými a jejich rodinou či pozůstalými, jelikož jsou častěji v kontaktu s umírajícími.

Hypotéza č. 2

Předpokládám, že sestry ventilují psychickou tenzi hned na pracovištích, dlouhodobě i v mimopracovních aktivitách a že mají k dispozici dostatečnou možnost vzdělávat se v oblasti umírání a smrti.

V oblasti průzkumu kompenzace psychické tenze respondentů bylo potvrzeno, že respondenti komunikují o úmrtí pacienta se svými spolupracovníky přímo na pracovišti. Jelikož je téma umírání a smrti v moderní době výhradou zdravotníků, nepřekvapuje mne, že kompenzace psychické tenze probíhá přímo na pracovišti. Sestry si, dle mého názoru, dokážou nejlépe poradit a naslouchat vzájemně mezi sebou především proto, že celou situaci znají nejlépe. V mimopracovních aktivitách se snaží odbourat každodenní stres této psychicky a fyzicky náročné práce nejrůznějšími sportovními či kulturními aktivitami.

V oblasti vzdělávání a zájmu mne překvapil vysoký nezájem o téma umírání. Velká většina respondentů uváděla, že o toto téma nemá zájem a to ani v rámci dalšího vzdělávání. Myslím si, že na sestry jsou v poslední době kladeny vysoké nároky v zaměstnání, jak v podobě administrativy, tak po stránce odborné péče u lůžka. Směnný provoz a časté přesčasy jsou výsledkem nedostatečného odpočinku. Na mnohých pracovištích není často přítomen ani klinický psycholog či zajištěná jeho dostupnost v rámci kliniky či možnost supervize. Tyto vysoké nároky jsou umocněny nedostatečným finančním ohodnocením sester v takto psychicky náročné péči o umírající. Smrt samotná není příliš vyhledávaným tématem jen z důvodu uvedených nedostatků, ale také pro svoji negativní stránku na psychiku každého člověka. Všechny tyto aspekty rozhodují o další motivaci sester v rozvoji dalšího osobního vzdělávání.

Hypotéza č. 3

Předpokládám, že sestry znají možnosti zlepšení práce s umírajícím.

V této oblasti průzkumu jsem se respondentů ptala na jejich názory ohledně práva pacientů na nerozšiřování vlastní terapie. Překvapující bylo vysoké procento kladných odpovědí na obou pracovištích. Podobné názory jsem zjistila u otázky eutanázie, kdy kladných odpovědí bylo z obou pracovišť 60%. Tyto názory úzce souvisí s rozvojem moderní lékařské vědy a často diskutovaným tématem dystanázie. V současné medicíně je snaha v mnoha případech nemocného vyléčit za každou cenu. Lékař léčí, ovšem sestra je ta, která ze zdravotnického týmu u lůžka nemocného stráví nejvíce času. V takových případech se sestra setkává s náročnou situací provázenou utrpením a jeho prodloužováním v době kdy, je nemocný v terminálním stádiu choroby.

Metoda dotazníkového šetření bohužel není v současných podmínkách českého zdravotnictví plně objektivní. Práce zdravotních sester je v časovém nátlaku, personálu je nedostatek a čas strávený nad vyplněním dotazníku je minimální. Ve velké většině jsem se v doplňující části otázky setkala s tím, že nebyla vyplněna nebo respondenti odpovědí nevím a nemám návrhy. Přesto byly uvedeny některé návrhy respondentů pro zlepšení péče s umírajícím.

Toto téma je velice citlivé a pro více objektivní výsledky by bylo vhodné v budoucnu zvolit objektivnější metodu výzkumu.

3.8 Navrhovaná opatření

Na základě výsledků získaných v průzkumu této bakalářské práce, jsem zvolila několik oblastí navrhovaných opatření pro praxi.

Návrhy pro zlepšení verbální a neverbální komunikace s pacientem a jeho rodinou.

- Více povinných seminářů, supervizí týkajících se oblastí komunikace a práce s umírajícím a jeho rodinou.
- Možnost konzultace s klinickým psychologem či psychoterapeutem.

Návrhy pro zlepšení kompenzace psychické tenze sester při péči o umírající.

- Zajistit dostatečný prostor pro dotazy respondentů v oblasti umírání a smrti. (Staniční sestra, supervize na pracovišti či klinice)
- Zajištění možnosti aktivního odpočinku ze strany zaměstnavatele.
- Možnost odpočinku po pracovní době přímo na pracovišti.

Návrhy pro zlepšení práce s umírajícím získané průzkumem od respondentů.

- Možnost jednolůžkového pokoje ve spolupráci s rodinou nemocného.
- Více ošetřujícího a profesionálně připraveného personálu.
- Více seminářů na téma umírání a smrt.
- Možnost umírání v domácím prostředí.

3.9 Závěr

Umírání a smrt je velice citlivé téma jak pro ošetřující personál, tak pro nemocného a jeho rodinu. Je velice složité nalézt a v praxi využít správný a individuální postoj v péči o umírající.

Cílem této bakalářské práce je, co nejvíce přiblížit současný postoj k umírání a smrti pohledem z různých historických a náboženských pramenů, možnost vytvořit si vlastní profesionální názor a získat, co nejvíce informací o problematice umírání v povolání zdravotní sestry.

V teoretické části jsem se zabývala historií umírání a smrti v různých náboženských směrech až po současné pojetí umírání, s tím, kde člověk v současné době umírá a kde by chtěl umírat. Jsou zde rozebrány jednotlivé fáze umírání, domácí a institucionální model umírání, problematika eutanázie, dystanázie a současná paliativní péče.

V praktické části jsem porovnávala psychickou zátěž sester v péči o umírající na chirurgickém a interním pracovišti, jakým způsobem kompenzují psychickou tenzi, zda se mohou v této oblasti dostatečně vzdělávat a v poslední řadě návrhy respondentů na zlepšení péče s umírajícími.

Průzkumem bylo zjištěno, že největší potíže respondentů jsou v komunikaci s pozůstalými při předávání pozůstalosti a vysoký nezájem respondentů o téma umírání a smrt. V oblasti vzdělávání bylo zjištěno, že sestry mají dostatečnou možnost se vzdělávat v oblasti umírání a smrti a v závěru byly zpracovány návrhy respondentů na zlepšení péče s umírajícím pacientem.

Práce s umírajícím vyžaduje odborné znalosti, ale především lidský přístup a obětavost jak ošetřujícího personálu, tak rodiny. Rozvoj medicíny a technických prostředků je v podobě umírání nevyléčitelných pacientů spojen s řadou negativních souvislostí. Ovšem nejsou to jen negativa ale i pozitiva ve smyslu rozvíjející se paliativní péče s důrazem na důstojný odchod umírajících.

3.10 Seznam použitých zdrojů

Použitá literatura:

1. ČECHOVÁ, Věra; MELLANOVÁ, Alena; ROZSYPALOVÁ, Marie. *Speciální psychologie*. 1. Vydání. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví BRNO, 1995. 173 s. ISBN 80-7013-197-7.
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 1. Vydání. Praha : Galén, 1994. 232 s. ISBN 80-85824-03-5.
3. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vydání. Praha : Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie : nauka o umírání a smrti*. 1. Vydání. Praha : Galén, 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.
5. KALVACH, Zdeněk. *Umírání a paliativní péče v ČR : (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha : Cesta domů, 2004. 103 s. ISBN 80-239-2832-5.
6. KALVACH, Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. 1. Vydání. Praha : Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.
7. KELNAROVÁ, Jarmila; MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie a komunikace*. 1. Vydání. Praha : Grada, 2009. 140 s. ISBN 978-80-247-2831-5.
8. KERRIGAN, Michael. *Historie smrti*. 1. Vydání. Praha : Deus, 2008. 187 s. ISBN 978-80-87087-55-8.
9. KNEZOVÍČ, Renata; RALBOVSKÁ, Rebeka. *Komunikace pro pomáhající profese*. 1. Vydání. Praha : Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžběty, Bratislava, 2010. 60 s. ISBN 978-80-87386-03-3.
10. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. Vydání. Praha : Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
11. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. Vydání. Praha : Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
12. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. 1. Vydání. Praha : Grada, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
13. KÜBLER-ROSS, Elizabeth. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. 1. Vydání. Praha : H & H Jinočany, 1995. 288 s. ISBN 0-02-089150-4pbk.
14. KÜBLER-ROSS, Elizabeth. *O smrti a životě po ní*. 1. Vydání. Praha : Aquamarin, 1997. 101 s. ISBN 80-901922-9-7.

15. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. Vydání. Praha : Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
16. MUNZAROVÁ, Marta . *Euthanasie, nebo paliativní péče*. 1. vydání. Praha : Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
17. O'CONNOR, Margaret; ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče*. 1. Vydání. Praha : Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
18. RINPOČHE, Sogjal. *Tibetská kniha o životě a smrti*. 1. Vydání. Praha : Pragma, Knižní klub, 1996. 405 s. ISBN 80-7205-006-0,80-7176-357-8.
19. OHLER, Norbert. *Umírání a smrt ve středověku*. 1. Vydání. Jihlava : H & H Jinočany, 2001. 409 s. ISBN 80-86022-69-2.
20. SLÁMA, Ondřej; KABELKA, Ladislav; VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. Vydání. Praha : Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
21. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6. dopl. vydání. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2008. 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.
22. TRACHTOVÁ, Eva, et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : IDVPZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
23. VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína*. 2.vydání. Praha : Grada, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.
24. VUČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelství I : 2.část*. 1. Vydání. Praha : Fortuna, 1996. 112 s. ISBN 80-7168-210-1.
25. VUČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelství I : 1. část*. 1. Vydání. Praha : Fortuna, 1996. 72 s. ISBN 80-7168-151-2.
26. VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. 1. Vydání. Praha : Psychoanalytické nakladatelství, 1997. 295 s. ISBN 80-86123-02-2.

Dokumenty a informační zdroje:

1. *Časopis Sestra*. č. 6, ročník 21. Praha: Mladá fronta, 2011. 65 s. ISSN 1210-0404.
2. *Časopis Sestra*. č. 10, ročník 21. Praha: Mladá fronta, 2011. 64 s. ISSN 1210- 0404.
3. *Euthanasie, Víme o čem mluvíme*, ŠPINKOVÁ, Martina, ŠPINKA, Štěpán, Praha: Cesta domů, 2006

Elektronické Zdroje:

1. Internetová stránka: <http://blisty.cz/art/37052.html>
2. Internetová stránka: <http://tema.novinky.cz/eutanazie/>

3. Internetová stránka: <http://www.umirani.cz/archiv-anket-2.html>
4. Internetová stránka: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/polymorbidita>
5. Internetová stránka: <http://obory.vitalion.cz/chirurgie/>
6. Internetová stránka: <http://obory.vitalion.cz/interna/>
7. Projekt Cesta domů.
<http://www.cestadomu.cz/o-hospici.html>
8. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, demografické ročenky:
<http://www.uzis.cz/publikace/zemreli-2010>
<http://www.uzis.cz/publikace/zemreli-2007>

3.11 Seznam použitých zkratk

| | |
|-------|--|
| apod | a podobně |
| ARO | Anesteziologicko resuscitační oddělení |
| č. | číslo |
| ČR | Česká republika |
| Hl. m | Hlavní město |
| Http. | hyper-Text Transfer Protocol |
| ICHs | Ischemická choroba srdeční |
| Jip | Jednotka intenzivní péče |
| s. | strana |
| tj. | to je |
| tzn. | to znamená |
| tzv. | takzvaný |
| viz. | rozkazovací způsob slovesa vidět, osoba jednotného čísla = viz |

3.12 Přílohy

Seznam příloh:

| | |
|------------------|--|
| Příloha A | Dotazník vlastní konstrukce |
| Příloha B | Odborná směrnice FN Motol č. IIOS_5/2008-1 |

Příloha A

Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Michaela Polišenská a jsem studentka oboru Všeobecná sestra na Karlově Univerzitě v Praze, 1. Lékařské Fakulty. Součástí závěrečných Státních zkoušek je vypracování bakalářské práce, jejíž součástí je dotazník k zajištění údajů o problematice, vlivu psychické zátěže sester při umírání a smrti pacienta. Téma mé bakalářské práce zní: „Sestra a smrt pacienta“. Dotazník je zcela anonymní.

Informace získané dotazníkem budou použity pouze pro potřeby mé bakalářské práce.

Odpovědi prosím zaškrtněte nebo doplňte.

Děkuji vám za ochotu a čas strávený nad vyplněním dotazníku.

1. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru?

- a) Středoškolské
- b) VOŠ
- c) Vysokoškolské – Bc
- d) Vysokoškolské – Mgr
- e) PSS (Pomaturitní specializační studium)
- f) Jiné

2. Druh zdravotnického zařízení, ve kterém pracujete?

- a) Ambulance
- b) Standardní lůžkové oddělení
- c) Jednotka intenzivní péče, ARO
- d) LDN
- e) Hospic
- f) Jiné

3. Délka vaší ošetrovatelské praxe.

- a) Méně než 3 roky
- b) 3 - 10 let

- c) 10 - 20 let
- d) 20 a více let

4. Jak často se setkáváte s umíráním a smrtí na současném pracovišti?

- a) Týdně 2 - 3x
- b) Měsíčně 2 - 3x
- c) Ročně 2 - 3x
- d) Ojediněle
- f) Vůbec

5. Kolikrát jste se setkal/a s úmrtím pacienta za vaší dosavadní praxe?

- a) 0 - 5x
- b) 5 - 10x
- c) 10 - 20x
- d) 20 a více

6. Zvládáte po psychické stránce péči o pacienta v terminálním stádiu nemoci?

- A) Ano
- B) Ne

V případě že nezvládáte, prožíváte pocity:

- a) Prožívám pocity: strachu, bezmoci, nejistoty, selhání, smutku a vzteku.
- b) Mám změny chování: podrážděná/ý, nesoustředěná/ý
- c) Mám psychosomatické obtíže: poruchy spánku, bolesti hlavy, potíže s přijímáním potravy a jiné.

7. Při péči o pacienta v terminálním stádiu komunikujete verbálně s pacientem.

- a) Bez problémů.
- b) Navazuji kontakt, ale nevím, jak s ním mám komunikovat.
- c) Raději oslovuji rodinu a příbuzné.
- d) Komunikuji minimálně.
- e) Jinak

8. V neverbální komunikaci vám dělají největší problémy.

- a) Taktilní kontakt (dotek)

- b) Bazální stimulace
 - c) Saturace péče o základní tělesné potřeby. (Hygiena, Výživa, Vyprazdňování a jiné)
 - d) Odstraňování tělesných tekutin. (krev, moč, hlen, zvratky a ostatní sekrety)
 - e) Další
-

9. Jak přistupujete k předávání pozůstalosti blízkým.

- a) Nedělá mi to potíže.
- b) Snažím se tuto činnost přenechat kolegyním.
- c) Této situaci se spíše vyhýbám, dělá mi to potíže.
- d) Provedu, ale s psychickou tenzí.

10. Jste schopna rozeznat jednotlivé fáze umírání?

- a) Ano
- b) Ne

V případě, že ano, uveďte které nejčastěji:

.....

11. Myslíte si, že pacient má právo rozhodovat o nerozšiřování terapie?

- a) Ano, jednoznačně.
 - b) Ne
 - c) Jinak:
-

..

12. Jaké jsou vaše názory na euthanázii?

13. Přemýšlel/a jste někdy o posmrtném životě?

- A) Ano
- B) Ne

V případě že ano, tak v jaké formě?

14. Jakého jste vyznání?

- a) Křesťanství
- b) Islám

- c) Budhismus
- d) Hinduismus
- e) Judaismus
- f) Jiné

15. Jaký je váš postoj ke smrti?

- a) Ze smrti mám strach.
- b) Přijímám ji jako součást života.
- c) Smrt je součástí mé práce.
- d) Jiné

16. Zajímal se někdo o Vaše pocity při setkání se smrtí?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, kdo?

17. Jak ventilujete psychickou tenzi při umírání a smrti pacienta?

- a) Komunikuji se svými spolupracovníci.
- b) Komunikuji doma se svou rodinou.
- c) Vyhledávám a komunikuji s přáteli.
- e) Jinak.....

18. Zajímala jste se někdy sama o téma smrt a umírání?

- a) Ano
- b) Ne

V případě že ano, od kdy?

19. Měla jste možnost zúčastnit se semináře na toto téma?

- a) Ano, toto téma mě zajímá.
- b) Ano
- c) Ne, toto téma nevyhledávám.
- d) Ne

20. Pokud jste se zúčastnila, byla to vaše vlastní iniciativa, nebo vás přihlásil zaměstnavatel?

- a) Moje vlastní iniciativa.
- b) Přihlásil mě nadřízený.
- c) Toto téma mne nezajímá.

21. Domníváte se, že je potřeba toto téma v profesi zdravotní sestry více zviditelnit?

- a) Ano
- b) Ne

V případě že ano, jak:

22. Jak kompenzujete psychickou tenzi, při vyrovnání se s umíráním a smrtí?

- a) Sportovní aktivity.
- b) Odpočinek
- c) Jídlo a pití,.....
- d) Svými volnočasovými zájmy.....
- d) Jinak:

.....

.....

23) Máte nějaké návrhy pro zlepšení práce s pacientem v terminálním stádiu?

Pokud ano uveďte jaké.

Děkuji vám za vyplnění dotazníku Michaela Polišenská.

Studentka 3. ročníku, BS, Všeobecná sestra, 1. LF UK.

Příloha B

Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5



Odborná směrnice č. IIOS_5/2008-1

Péče o pacienty v terminálním stádiu a postup při úmrtí pacienta

Určení: všem zaměstnancům zdravotnických pracovišť Fakultní nemocnice v Motole

| | Zpracoval: | Garant: | Schválil: |
|--------------------------|---|--|---------------------------------|
| Organizační útvar | Úsek ošetrovatelské péče, Ústav patologie a molekulární medicíny UK 2. LF a FN Motol | Úsek ošetrovatelské péče Úsek léčebně preventivní péče | Úsek ředitele |
| Funkce | Asistentka pro ošetrovatelskou péči, Zástupce přednosty Ústavu patologie a molekulární medicíny UK 2. LF a FN Motol | Náměstek pro ošetrovatelskou péči Náměstek pro léčebně preventivní péči | Ředitel FN Motol |
| Jméno | Mgr. Marie Vlachová, MUDr. Daniela Kodetová | Mgr. Jana Nováková, MBA MUDr. Martin Holcát, MBA | JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA |

| | |
|--|--|
| Účinnost směrnice od: | 1.1.2011 |
| Účinnost této verze od: | 1.1.2011 |
| Doba platnosti: | bez omezení, revize 1x ročně |
| Verze: | 1 |
| Počet stran směrnice: | 14 |
| Počet příloh: | 5 |
| Vazba na akreditační standardy: | V souladu s mezinárodními předpisy |
| Umístění podepsaného výtisku: | Administrátor pro řízenou dokumentaci |
| Rozdělovník: | Sekretariát ředitele Fakultní nemocnice v Motole |

Právní odbor

Samostatné oddělení řízení kvality

Odbor vnitřního auditu a kontroly

List provedených revizí a změn

| Změna č. | Umístění změny | Popis provedené změny | Datum účinnosti | Odpovědná osoba |
|-----------------|-----------------------|------------------------------|------------------------|------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Obsah

| | |
|---|-----------|
| ÚČEL | 68 |
| ROZSAH PLATNOSTI | 68 |
| DEFINICE A POUŽITÉ ZKRATKY | 68 |
| OBEČNÁ USTANOVENÍ | 69 |
| PÉČE O UMÍRAJÍCÍ PACIENTY | 70 |
| PÉČE O ZEMŘELÉHO | 71 |
| POSTUP PŘI VYŘIZOVÁNÍ ÚŘEDNÍCH FORMALIT | 72 |
| OZNÁMENÍ O ÚMRTÍ | 72 |
| ADMINISTRATIVNÍ ZÁLEŽITOSTI | 73 |
| POSTUP PŘI VYŘIZOVÁNÍ POZŮSTALOSTI | 74 |
| EVIDENCE OZNÁMENÝCH ÚMRTÍ | 75 |
| SEZNÁMENÍ S POSTUPEM PŘI ÚMRTÍ A KONTROLA PŘEDPISŮ | 76 |
| UPUŠTĚNÍ OD PROVÁDĚNÍ PITVY | 76 |
| SOUVISEJÍCÍ PŘEDPISY | 78 |
| ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ | 79 |

Klíčová slova:

Terminální stav, potřeby pacienta, komunikace, ošetrovatelské činnosti, umírající, úmrtí pacienta, list o prohlídce mrtvého, pozůstalost, pitva, upuštění od provádění pitvy, radionuklid, blízká osoba

Účel

Tato směrnice upravuje poskytování péče u pacientů, kteří jsou vzhledem k povaze onemocnění ve stavu, ve kterém lze s velkou pravděpodobností očekávat další zhoršení stavu s terminálním vyústěním v exitus. Směrnice dále obsahuje doporučení pro poslední službu nemocným (pracovat ohleduplně, šetrně, s taktem a úctou ke skončenému životu). V neposlední řadě nabádá k taktnímu jednání s pozůstalými.

Rozsah platnosti

Lékaři a ošetrovatelský personál (všeobecné sestry, porodní asistentky, zdravotničtí asistenti, ošetrovatelé, sanitáři), zaměstnanci administrativního příjmu, telefonní ústředny, oddělení dopravy a sociální pracovnice.

Definice a použité zkratky

Terminální stav – fáze onemocnění, kdy další výkony diagnostické a léčebné nevedou k prodloužení a zkvalitnění života a postupuje selhávání životních funkcí (dýchání, krevního oběhu) směřující ke smrti.

Psychosociální péče – péče orientovaná na plnění individuálních přání a potřeb pacienta v oblasti duševní, společenské, případně spirituální.

Paliativní péče – je komplexní, interdisciplinární, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.

„Osoba blízká zemřelému“ - je příbuzný v řadě přímé (každý pokrevní potomek-syn, vnuk, pravnuk atd. a každý pokrevní předek-otec, děd, praděd atd.), sourozenec, manžel, partner dle zákona o registrovaném partnerství (také osvojitel a osvojenec dle zákona o rodině); jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní. (§ 116 zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, § 63 odst. 1 zákona č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů).

| | |
|----------|--------------------------------------|
| CŽK | Centrální žilní katétr |
| FN Motol | Fakultní nemocnice v Motole |
| LDK | levá dolní končetina |
| LDN | Léčebna dlouhodobě nemocných |
| LF | Lékařská fakulta |
| LHK | levá horní končetina |
| LPP | léčebně preventivní péče |
| MKN | mezinárodní klasifikace nemocí |
| NEHL | nehlášené úmrtí |
| OSOB | osobně příbuzným |
| OVAK | Odbor vnitřního auditu a kontroly |
| PEG | Perkutánní endoskopická gastrostomie |
| TLF | telefonicky |
| UK | Univerzita Karlova |

Obecná ustanovení

Na zajištění péče o umírající se podílejí lékaři a ošetrovatelský personál.

Lékař, konstatující nezvratnost stavu, zapíše do dekurzu vyhovující formulaci (infaustní prognosa, terminální fáze onemocnění, terapeuticky neovlivnitelný stav apod.) a plán péče zaměří na mírnění utrpení (léčba bolesti, symptomatická léčba) a prevenci nozokomiálních infekcí. Informuje ošetrovatelský a ostatní nelékařský personál.

Informaci o stavu pacienta sdělí v přiměřeném rozsahu ošetřující lékař nebo vedoucí lékař pacientovi (pokud je to možné) event. osobě blízké pacientovi, kterou pacient uvedl v informovaném souhlasu jako osobu, které mohou být sdělovány informace o jeho zdravotním stavu. V případě nezletilého pacienta informaci sdělí ošetřující lékař jeho zákonnému zástupci. V případě, že pacient nemohl/nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby, které mohou být o jeho zdravotním stavu informovány, mají právo na aktuální informace o jeho zdravotním stavu osoby blízké. Informace je poskytována na přání pacienta, případně na přání osoby blízké. Cílem poskytnuté informace je náležitě informovat osoby blízké, případně další rodinné příslušníky, za účelem zajištění potřebné spolupráce. V případě potřeby je nezbytné opakované poskytnutí informace ve snaze o předejití nepochopení.

V návaznosti na konstatování nezvratnosti stavu lékařem, sestry upraví plán ošetrovatelské péče podle potřeb umírajícího. Opatření jsou směřována především k zajištění psychosociálních potřeb pacienta.

Péče o umírající pacienty

Cílem postupů zdravotnického personálu je zmírnění utrpení pacienta, eliminace bolesti a nepříjemných pocitů jako jsou žízeň, hlad, strach, úzkost, obava z budoucnosti apod.

Pacient je nadále denně vyšetřován lékařem se zaměřením na účinnost symptomatické terapie. Stav nemocného, efekt symptomatické léčby a úspěšnost realizovaných opatření hodnotí a zapisuje ošetřující lékař při vizitě nejméně jednou denně a při kontrolním vyšetření stavu pacienta dle četnosti dané směrnicí č. IOS_25/2006-3 Zdravotnická dokumentace, ve znění pozdějších revizí, a dále dle vývoje stavu pacienta.

Sestra zapisuje hodnocení pacientova stavu do záznamu ošetrovatelské péče minimálně každé dvě hodiny.

Při každé kontrole fyzického a psychického stavu pacienta, během kterých se hodnotí jeho potřeby a přání a realizují se plánovaná a potřebná opatření (aplikace léků, infuzí, krmení, pití, polohování, převazy apod.), je nezbytná slovní komunikace s nemocným pro zmírnění úzkosti a obav.

V případech zhoršeného vědomí pacienta je nezbytné pokračovat v realizaci všech ošetrovatelských postupů (čistě lůžkoviny, převazy, péče o kanyly, polohování, snaha o perorální podávání tekutin a jídla, fyzický kontakt) s cílem zachování důstojnosti nemocného.

Konec života člověka s sebou přináší specifické potřeby. V této situaci je třeba vyhovět přáním pacienta na návštěvu advokáta (závěť), nemocničního duchovního, kněze (církvní obřady) i na návštěvy příbuzných a známých. Pro tyto specifické potřeby je vhodné zabezpečit důstojné prostředí a potřebné soukromí. Pacienta je vhodné umístit na jednolůžkový pokoj nebo pokoj s menším počtem lůžek a pokud je to možné, požádat ostatní pacienty o krátké opuštění pokoje.

Uvedené opatření je v určitých individuálních případech vhodné i při požadavku dlouhodobé ošetrovatelské péče nejbližšími příbuznými a při jejich dlouhodobé přítomnosti u lůžka nemocného. Vždy je nezbytné postupovat profesionálně a velmi citlivě.

Ošetřující lékař ve spolupráci s ošetrovatelským personálem zhodnotí výskyt psychické indispozice u nemocného, nebo u jeho příbuzných (časté dotazy na stav, úzkost, neklid, nejistota, strach, pocity viny, výčitky, zloby, popření problému, poruchy spánku, zhoršení vzájemných vztahů, vyčerpání, riziko sebepoškození apod.) a nabídne jim pomoc při řešení složité psychické situace, např. návštěvu ústavního psychologa.

Péče o zemřelého

Úmrtí pacienta zjišťuje a konstatuje lékař na základě prohlídky zemřelého.¹

Výsledek prohlídky s časem úmrtí zaznamená do zdravotnické dokumentace. Zápis o úmrtí do zdravotnické dokumentace je uveden minimálně v rozsahu stanoveném směrnicí č.IIOS_25/2006-3, Zdravotnická dokumentace, ve znění pozdějších revizí, čl. 11, odstavec 11.3.9.

Při péči o mrtvé tělo sestra postupuje podle přílohy č. 5 této směrnice.

Péči o mrtvé tělo zapíše sestra do Záznamu ošetrovatelské péče.

Ošetřující lékař šetrně oznámí úmrtí osobám blízkým zemřelému a srozumitelně sdělí okolnosti a pravděpodobnou příčinu smrti. Příčinu smrti a další informace o zdravotním stavu je lékař oprávněn sdělit pouze tehdy, nevyslovil-li zemřelý za svého života zákaz poskytování informací o svém zdravotním stavu. Lékař seznámí pozůstalé s možností o upuštění od pitvy, případně se zákonnými důvody pro provedení pitvy. Právo na informace osob blízkých zemřelému pacientovi o zdravotním stavu pacienta, příčinách úmrtí a výsledku pitvy, byla-li provedena, je blíže upraveno ve směrnici č. IIOS_10/2005-4 O informovaném souhlasu pacientů, ve znění pozdějších revizí. Přejí-li si rozloučení se zemřelým, lékař jim rozloučení umožní v rámci možností daného oddělení.

Ošetřující lékař vyplní „List o prohlídce mrtvého“ ve 4 kopiích, uvede zde diagnózy slovně i kódem dle MKN10 a navrhne, zda se má provést pitva, případně upřesní druh pitvy.

Kopie **Listu o prohlídce mrtvého**:

- 1x se zakládá do zdravotnické dokumentace zemřelého,
- 1x se zakládá v Ústavu patologie a molekulární medicíny UK 2. LF a FN Motol,
- 1x zasílá Ústav patologie a molekulární medicíny UK 2 LF a FN Motol na příslušnou matriku,
- 1x pro potřeby pohřební služby.

Ošetřující lékař vyplní **Průvodní list ke klinické pitvě (dospělých nebo dětí)**, kde uvede anamnestické údaje, výsledky důležitých laboratorních i zobrazovacích vyšetření, bioptická

¹ V případě dárcovství orgánů se postupuje individuálně podle zvláštního předpisu: zák. č. 285/2002 Sb., transplantační zákon, ve znění pozdějších předpisů (odběr z těla zemřelé osoby lze uskutečnit, pouze pokud s tím zemřelý za svého života nevyslovil prokazatelně nesouhlas).

vyšetření, operační nález, apod., uvede aplikovanou léčbu, průběh hospitalizace včetně operačních výkonů, epikrízu a souhrn diagnóz – slovně i kódem dle MKN 10.

Pokud došlo k pádu nebo úrazu pacienta v nemocnici, postupuje dle směrnice č. ISM_24/2007-2 Hlášení mimořádných událostí ve Fakultní nemocnici v Motole, ve znění pozdějších revizí.

Do kolonky “Zvláštní přání kliniků“ vyplní, zda žádá, či nežádá provedení pitvy, případně na co se má patolog při pitvě zaměřit.

Na základě přání osoby pacientovi blízké, případně pacienta, lze od pitvy upustit, pokud tomu nebrání důvody stanovené obecně závazným právním předpisem.

Po konstatování smrti lékařem je provedena očista, úprava a identifikace těla zemřelého a následují činnosti související s úmrtím a transportem těla zemřelého.

Při úmrtí pacienta mimo oddělení (např. operační sál, RTG apod.) v případě urgentní operace, kdy pacient nebyl z časových důvodů přijat na žádné oddělení, je zemřelý převezen na pracoviště, na jehož sále byl operován.

Úmrtí pacienta na operačním nebo zákrokovém sále se hlásí jako mimořádná událost.

Při úmrtí pacienta po aplikaci radionuklidu se postupuje podle:

Pokynu pro postup při úmrtí pacienta po aplikaci radionuklidu viz přílohy č.2, 3 této směrnice,

Pokynu pro rodinu zesnulého/ho a další osoby a instituce viz příloha č. 4 této směrnice.

Postup při vyřizování úředních formalit

Oznámení o úmrtí

Úmrtí pacienta přítomným příbuzným oznámí bezodkladně lékař.

Úmrtí pacienta, nejsou-li příbuzní přítomni, oznámí bezodkladně telefonicky lékař.

Oznámení o úmrtí pacienta, pokud není k dispozici telefonní spojení na příbuzné, zajistí službu konající všeobecná sestra/porodní asistentka telefonicky do telefonní ústředny linka 1111 se současným nahlášením podkladů potřebných k odeslání on-line dopisu s následujícími údaji: **adresa příjemce, jméno a příjmení zemřelého, klinika a oddělení, jméno odesílatele (oš. lékař, všeobecná sestra/porodní asistentka).**

Všeobecná sestra/porodní asistentka zaznamená do ošetrovateľskej dokumentácie meno operátorky.

Všeobecná sestra/porodní asistentka pošle príbuzným do Administratívneho príjmu, kde dostanú „Potvrzení o úmrtí“ pro pohřební službu. V případě potřeby (např. rozloučení se zemřelým, převoz zemřelého do místa bydliště, dodání oblečení) se mohou příbuzní spojit s prosekturou linka 5608.

Príbuzné pacienta zemřelého v LDN FN Motol pošle sestra do sekretariátu LDN, kde dostanou „Potvrzení o úmrtí“ pro pohřební službu.

Administrativní záležitosti

Všeobecná sestra/porodní asistentka elektronicky prostredníctvom programu UNIS ukončí hospitalizáciu pacienta z dôvodu úmrtia.

nebo (v případě LDN I, LDN II)

následující pracovní den předá pracovnice sekretariátu: „Hlášení počtu nemocných“ (tiskopis SEVT 14 027 0) do Administratívneho príjmu k jednotnej evidencii. Na tomto formulári v rubrice

„ zemřeli „ musí být: **číslo chorobopisu, jméno a příjmení, hodina a den úmrtí a způsob oznámení úmrtí:**

- OSOB (osobně příbuzným)
- TLF (telefonicky)
- On-line dopis (nahlášeno telefonní ústředně k odeslání on-line dopisu)
- NEHL (nehlášené úmrtí - v případě, že zemřelý nemá známé příbuzné)

Nemá-li zemřelý/á příbuzné nebo příbuzní nejsou známi (v hlášení NEHL), oznamuje úmrtí staniční sestra příslušné pracovníci sociálního oddělení FN Motol, která provádí veškerou agendu související s dohledáním případných příbuzných (včetně oznámení příslušnému obecnímu úřadu v místě trvalého bydliště zemřelého). Pokud nejsou příbuzní dohledáni, vystaví pověřená zaměstnankyně administrativního příjmu potvrzení o úmrtí a pracovnice sociálního oddělení FN Motol zajišťuje pohřeb.

Pokud není známa totožnost zemřelého, oznámí úmrtí prohlížející lékař Policii ČR - Košíře, Policii se oznamuje též úmrtí, je-li podezření, že došlo k sebevraždě nebo ke smrti v souvislosti se spácháním trestného činu.

- **On-line dopis odesílá** neprodleně operátorka telefonní ústředny dle oznámení kliniky, oddělení.

V případě, že on-line dopis nemohl být adresátu doručen, oznámí tuto skutečnost operátorka telefonní ústředny FN Motol na pracoviště, ze kterého byl požadavek na odeslání on-line dopisu vznesen. V tomto případě je toto zdravotnické pracoviště povinno zajistit oznámení úmrtí příslušné pracovníci sociálního oddělení FN Motol.

V případě úmrtí pacienta s cizí státní příslušností oznámí všeobecná sestra/porodní asistentka tuto skutečnost na cizineckou recepci. Cizinecká recepce oznámí úmrtí na zastupitelský úřad příslušného státu nebo rodinnému příslušníkovi zemřelého.

Postup při vyřizování pozůstalosti

Službu mající všeobecná sestra/porodní asistentka sepiše seznam veškerých věcí zemřelého do formuláře „Doklad o úschově cenností a osobních věcí pacienta“ na oddělení a dá ho svědecky potvrdit jiné všeobecné sestře/porodní asistentce nebo jinému zdravotnickému pracovníkovi.

Zvláštní pozornost věnuje cenným předmětům a finančním obnosům. Věci po zemřelém se stávají předmětem dědického řízení.

Má-li zemřelý nesnímatelné zubní náhrady, ozdoby ze žlutého nebo bílého kovu, provede všeobecná sestra/porodní asistentka záznam do hlášení o úmrtí a podepíše se. Je nutné, aby lékař provedl záznam i do listu o prohlídce zemřelého.

Všeobecná sestra/porodní asistentka pošle pozůstalé do Administrativního příjmu pro potvrzení o úmrtí. Na LDN vydá potvrzení sekretariát a svršky staniční sestra nebo sestra ve službě.

Občanský průkaz zemřelého sestra může předat osobě blízké zemřelému na základě prokázání jeho totožnosti a s poučením, že jej má odevzdat na městský úřad (úřad městské části) – matrika úmrtí. Nevyzvedne-li si občanský průkaz nikdo, zašle jej pracovníce Administrativního příjmu na sociální oddělení, které záležitost vyřídí s příslušným obecním úřadem.

Drobné osobní předměty, svršky, hygienické potřeby a hotovost do 500,- Kč lze vydat nejbližším příbuzným (rodiče, manžel, manželka, děti) bez rozhodnutí soudu. Pozůstalý se musí prokázat občanským průkazem a potvrdit převzetí podpisem do formuláře „Doklad o úschově cenností a osobních věcí pacienta“.

V případě pochybnosti o příbuzenském vztahu k zemřelému (popř. jiných oprávněných pochybností) se ani tyto věci nevydají a postupuje se podle následujícího odstavce.

Klíče, hotovost (vyšší než 500,- Kč, cizí měnu), cennosti (zejména vkladní knížky, platební karty, mobilní telefon, hodinky, starožitnosti, věci ze žlutého či bílého kovu apod.),

předá všeobecná sestra/porodní asistentka do Administrativního příjmu (viz směrnice č. ISM_30/2005-2, Úschova svršků a cenných věcí ve Fakultní nemocnici v Motole, ve znění pozdějších revizí, článek 11 Administrativní příjem). O úschově cenností a dalších věcí po zemřelém zašle pracovnice Administrativního příjmu oznámení notáři příslušnému k projednání dědictví. Zaměstnanci Administrativního příjmu mohou vydat pozůstalost na základě usnesení o dědictví vydaného soudem a opatřeného doložkou právní moci či na základě písemného sdělení soudu určujícího osobu, které je možné věci z pozůstalosti vydat. Pozůstalý se musí prokázat občanským průkazem a potvrdit převzetí podpisem do formuláře „Doklad o úschově cenností a osobních věcí pacienta“. Vyžaduje-li to obecný či jiný důležitý zájem, lze pozůstalost vydat i před vydáním výše uvedeného usnesení či sdělení soudu, ale pouze po předchozím písemném souhlasu příslušného notáře pověřeného soudem k projednávání dědictví po zemřelém. Soud může i bez návrhu učinit neodkladná opatření podle § 175e občanského soudního řádu viz směrnice č.30/2005-2 „Úschova svršků a cenných věcí ve Fakultní nemocnici v Motole, ve znění pozdějších revizí“.

„Výjimečně je možné poskytnout nejbližším příbuzným mobilní telefon za účelem opsání potřebných kontaktů, aniž by byl přístroj pozůstalým vydán před vydáním usnesení nebo sdělení soudu, případně předběžného písemného souhlasu notáře jak výše uvedeno.

V případě služebního mobilního telefonu lze na žádost zaměstnavatele, na základě jeho písemného čestného prohlášení o vlastnictví, přístroj vydat a tuto skutečnost zahrnout do oznámení pozůstalosti příslušnému soudu či notáři. Tyto případy je vždy nutné posuzovat individuálně.“

Léčebna dlouhodobě nemocných se řídí přílohou Provozního řádu Léčebny dlouhodobě nemocných Fakultní nemocnice v Motole.

Při předání pozůstalosti věnuje všeobecná sestra/porodní asistentka odpovídající důstojnost, zvolte vhodnou místnost k předání osobních věcí zemřelého příbuzným.

Při předávání pozůstalosti zapíše všeobecná sestra/porodní asistentka číslo občanského průkazu, adresu, vztah k zemřelému, datum a podpis osoby, která věci přebírá do formuláře „Doklad o úschově cenností a osobních věcí pacienta“.

Evidence oznámených úmrtí

Evidenci a způsob oznámení vede pověřený zaměstnanec Administrativního příjmu v kartotéce zemřelých na základě údajů „Hlášení počtu nemocných“.

Seznámení s postupem při úmrtí a kontrola předpisů

Vedoucí lékařských zdravotnických oborů (přednostové/primáři), vedoucí nelékařských zdravotnických oborů (vrchní sestry) odpovídají za důsledné seznámení zaměstnanců klinik a oddělení s touto směrnicí a průběžně kontrolují její dodržování. Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči - hlavní sestra, oddělení vnitřního auditu a kontroly či osoba pověřená ředitelem nemocnice jsou oprávněni provádět náátkovou kontrolu.

Vedoucí Oddělení informačních systémů a zpracování dat ZP odpovídá za náležité seznámení zaměstnanců telefonní ústředny a vedoucí Samostatného oddělení metodiky zpracování dat a poplatků odpovídá za náležité seznámení zaměstnanců administrativního příjmu s touto směrnicí a zajistí provádění kontrol jejího dodržování.

Upuštění od provádění pitvy

Za účelem předejití zbytečným nedorozuměním a event. konfliktům je vhodné, aby v souladu s vyhláškou č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a o pohřebnictví, ve znění pozdějších předpisů a touto směrnicí, bylo respektováno přání osob blízkých zemřelému, aby bylo upuštěno od pitvy zemřelého, jsou-li pro to **zřetele hodné důvody, nejedná se o případy zákonným předpisem uložené povinné pitvy a pozůstalí o to písemně požádají.**

V takovém případě bude postupováno takto:

- osoby blízké zemřelému, kteří žádají o upuštění od provedení pitvy, vedoucí lékař oddělení, primář nebo jím pověřený lékař, poučí o důvodech, které pitvu indikují,
- žadatelé, kteří i po poučení trvají na upuštění od pitvy a provedení pitvy není uloženo platným právním předpisem, vyplní písemnou žádost o upuštění od provádění pitvy,
- žádost přijímá sekretariát příslušné kliniky. Žádost musí být doplněna základní diagnózou (příčinou smrti) a vyjádřením vedoucího lékaře oddělení k uvedené diagnóze z hlediska opodstatněnosti žádosti. Vzor formuláře žádosti je uveden v příloze č.1 této směrnice a na INTRANETU v rámci formulářů náměstka pro LPP.
- přednosta kliniky, nebo jím pověřený lékař, zpravidla primář nebo vedoucí oddělení, rozhodne o žádosti a své stanovisko sdělí žadatelům, kterým vysvětlí důvody, které vedly k případnému zamítnutí žádosti. Lékař, který posuzuje žádost pozůstalých o upuštění od provádění pitvy, je povinen **před** vydáním rozhodnutí prověřit, zda v mezidobí již k pitvě nedošlo. Prokazatelně zjištěné provedení pitvy brání vydání kladného rozhodnutí o žádosti.

- o případech, kdy pozůstalí žádají o upuštění od pitvy, lékař, případně pověřená sestra, ihned o této skutečnosti informuje patologii,
- pitva nesmí být provedena do rozhodnutí o upuštění od pitvy,
- lékař, který rozhodl o provedení či upuštění od provádění pitvy, musí o svém rozhodnutí neprodleně informovat patologii, pozůstalé a učinit záznam v žádosti o upuštění od provádění pitvy,
- písemná žádost o upuštění od provádění pitvy se zakládá do zdravotnické dokumentace zemřelého,
- za správnost rozhodnutí odpovídá lékař, který rozhodl a je podepsán na žádosti o upuštění od provádění pitvy,
- náměstek pro LPP bude řešit sporné případy,
- teprve na základě povolené žádosti je možno uzavřít úřední postup na prosektuře.
- **žádosti o upuštění od provádění pitvy nelze v žádném případě vyhovět, pokud kdokoliv vznesl jakékoliv námitky proti postupu poskytované zdravotní péče,**
- v souladu s vyhláškou č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a pohřebnictví, ve znění pozdějších předpisů, nelze žádosti o upuštění od provedení pitvy vyhovět v případech:

1.

- a) u dětí mrtvě narozených nebo u dětí zemřelých do 15 let věku,
- b) u mladistvých určených náměstkem pro léčebně preventivní péči po individuálním posouzení konkrétní žádosti,
- c) u žen, které zemřely v souvislosti s těhotenstvím, potratem, porodem nebo šestinedělím,
- d) u osob, kterým byly aplikovány radioaktivní zářiče, kardiostimulátory nebo jiné dále použitelné implantované předměty,
- e) jestliže z mrtvého těla byl odňat orgán nebo tkáň pro transplantaci.

2.

v případech, kdy pitvu provádí lékař Ústavu soudního lékařství, to je:

- a) při náhlých úmrtích, jestliže při prohlídce mrtvého nebylo možno zjistit příčinu úmrtí,
- b) u osob zemřelých násilným úmrtím včetně sebevraždy,
- c) byla-li příčinou úmrtí průmyslová otrava nebo úraz při výkonu práce anebo je-li zde podezření, že k úmrtí došlo z těchto příčin,

- d) u osob, které zemřely ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody,
- e) je-li podezření, že úmrtí může být v příčinné souvislosti s nesprávným postupem při výkonu zdravotnických služeb.

Související předpisy

- Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 328/1999 Sb., o občanských průkazech, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a pohřebnictví
- Vyhláška MZ ČR č. 195/2005 Sb., kterou se provádějí podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, ve znění pozdějších předpisů
- Provozní řád Fakultní nemocnice v Motole, ve znění pozdějších předpisů
- Příloha Provozního řádu Léčebny dlouhodobě nemocných ve Fakultní nemocnici v Motole
- Směrnice č. ISM_30/2005-2 Úschova svršků a cenných věcí ve Fakultní nemocnici v Motole, ve znění pozdějších revizí
- Směrnice č. IOS_25/2006-3, Zdravotnická dokumentace, ve znění pozdějších revizí
- Směrnice č. IOS_10/2005-4 O informovaném souhlasu pacientů, ve znění pozdějších revizí
- Pokyn náměstka pro LPP č. IIPO_1/2008-1, Postup při vyřizování žádosti o upuštění od provedení pitvy

Závěrečná ustanovení

Touto směrnicí se ruší:

- Směrnice č. 19/2005 Postup při úmrtí pacienta

Tato směrnice nabývá účinnosti dne 1.1.2011.

Zpracoval:

V Praze dne
Mgr. Marie Vlachová

V Praze dne
MUDr. Daniela Kodetová

Ověřil:

V Praze dne
Mgr. Jana Nováková, MBA

Ověřil:

V Praze dne
MUDr. Martin Holcát, MBA

Schválil:

V Praze dne
JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA
ředitel nemocnice

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

| Príjmení, jméno (hůlkovým písmem) | Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas) | Signatura závěrečné práce | Datum | Podpis |
|--|--|--------------------------------------|--------------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |